



Pratiques, représentations et attentes des médecins généralistes des Alpes-Maritimes vis-à-vis de la cigarette électronique comme outil de sevrage tabagique: étude qualitative par focus group

Pierre Colombo

► To cite this version:

Pierre Colombo. Pratiques, représentations et attentes des médecins généralistes des Alpes-Maritimes vis-à-vis de la cigarette électronique comme outil de sevrage tabagique: étude qualitative par focus group. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01286728

HAL Id: dumas-01286728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286728>

Submitted on 11 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Jeudi 2 juillet 2015 à Nice par

Pierre COLOMBO

Né le 2 Août 1988 à Cannes

**PRATIQUES, REPRÉSENTATIONS ET ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DES ALPES-MARITIMES VIS À VIS DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE COMME
OUTIL DE SEVRAGE TABAGIQUE: ÉTUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP**

Président

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY

Assesseurs

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Charles-Hugo MARQUETTE

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU



UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er décembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. HARTER Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Je vous suis reconnaissant de siéger dans ce jury et de juger ce travail.

Votre investissement et vos conseils avisés m'ont été d'une aide précieuse.

Monsieur le Professeur Charles-Hugo MARQUETTE

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je vous adresse toute ma gratitude pour votre enseignement durant les années d'externat.

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

J'ai eu la chance de vous rencontrer et de travailler à vos côtés. Je suis admiratif de votre engagement pour la Médecine Générale. Vos qualités de pédagogue m'ont énormément fait progresser. Je suis fier de vous avoir comme directeur de thèse. Un grand merci.

Au Docteur Eric BIENFAIT, merci pour tes valeurs et ta générosité. J'ai beaucoup apprécié apprendre à tes côtés.

A l'équipe du service de Réanimation de l'hôpital d'Antibes,

A l'équipe du service des Urgences de l'hôpital Lénval,

A l'équipe du service des Urgences de l'hôpital Saint-Roch,

A l'équipe du service de Pneumologie de l'hôpital de Cannes,

A l'équipe du service de Médecine A3 de la clinique des Sources,

à mes parents,

à mes frères,

à mes amis,

à la Fournaise.

A la mémoire de mon oncle Michel.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	7
1. INTRODUCTION	14
2. GENERALITES	16
2.1. DEFINITIONS	16
2.2. ANATOMIE DE L'E-CIGARETTE	17
2.2.1. La batterie	17
2.2.2. La cartouche	17
2.2.3. L'atomiseur	18
2.3. FONCTIONNEMENT DE L'E-CIGARETTE	18
2.4. LES E-LIQUIDES	18
2.4.1. Le propylène glycol	19
2.4.2. La glycérine végétale	19
2.4.3. Les arômes	19
2.4.4. La nicotine.....	20
2.4.5. Les impuretés	20
2.4.6. Manipulation.....	20
2.5. L'AEROSOL PRODUIT	21
2.5.1. Le courant primaire	21
2.5.2. Le courant tertiaire	21
3. MATERIEL ET METHODE.....	22
3.1. CHOIX DE LA METHODE	22
3.2. ORGANISATION DES FOCUS GROUPS	23
3.3. PARTICIPANTS	23
3.4. CRITERES DE JUGEMENT	24
3.5. METHODE D'ANALYSE	24
4. RESULTATS	25
4.1. DONNEES QUANTITATIVES	25
4.2. ANALYSE DU DISCOURS.....	26
4.2.1. La place de l'e-cigarette dans la pratique	26
4.2.1.1. Initier le sevrage par l'e-cigarette	26
4.2.1.2. Pas de prescription d'e-cigarette.....	27
4.2.1.3. Une attitude différente selon le profil du fumeur	27
4.2.1.4. Après échec des autres outils de sevrage	28

4.2.1.5.	Un sevrage en deux temps	28
4.2.1.6.	Pas de réflexe e-cigarette	28
4.2.1.7.	La question des mineurs	29
4.2.1.8.	Pas de place pour la e-cigarette	29
4.2.1.9.	Toxicité des autres outils de sevrage	29
4.2.2.	L'accompagnement du vapoteur	30
4.2.2.1.	Encourager la démarche du patient	30
4.2.2.2.	Accompagner le patient dans son sevrage	30
4.2.2.3.	Être à l'écoute, communiquer, comprendre	30
4.2.2.4.	La motivation du patient	31
4.2.2.5.	Respecter le choix du patient pour son sevrage	32
4.2.2.6.	Associer la e-cigarette avec d'autres outils de sevrage	32
4.2.2.7.	Le dosage en nicotine	32
4.2.2.8.	S'approvisionner en boutiques spécialisées	33
4.2.2.9.	Rationaliser le vapotage	33
4.2.2.10.	Rediriger vers un spécialiste	33
4.2.3.	Les avantages de l'e-cigarette	34
4.2.3.1.	La e-cigarette : un « moins-pire »	34
4.2.3.2.	Une démarche originale et personnelle du patient	34
4.2.3.3.	L'efficacité dans le sevrage	35
4.2.3.4.	La conservation du geste, du rituel	35
4.2.3.5.	La e-cigarette plus économique	36
4.2.3.6.	L'amélioration du confort de vie	36
4.2.3.7.	Un outil supplémentaire dans un arsenal limité	36
4.2.3.8.	L'attractivité de l'objet	36
4.2.4.	Les inconvénients de l'e-cigarette	37
4.2.4.1.	Le danger potentiel pour la santé	37
4.2.4.2.	L'inconnue	37
4.2.4.3.	Remplacer une addiction par une autre addiction	38
4.2.4.4.	La cigarette électronique n'est pas un outil efficace	38
4.2.4.5.	La perte du contrôle médical	39
4.2.4.6.	Une référence trop importante au tabagisme	39
4.2.4.7.	Un risque de mésusage	40
4.2.4.8.	Une porte d'entrée vers le tabagisme ?	40
4.2.5.	Les attentes des médecins généralistes	40
4.2.5.1.	Des preuves scientifiques	40
4.2.5.2.	Une formation à l'outil	40
4.2.5.3.	Du recul	41
4.2.5.4.	Des normes pour l'e-cigarette et ses produits	41
4.2.5.5.	Des protocoles	42
4.2.5.6.	Le cadre réglementaire	42
4.2.5.7.	Traçabilité et sécurité des produits	43

4.2.6.	Construction de l'opinion.....	44
4.2.6.1.	Les articles et documents spécialisés.....	44
4.2.6.2.	Les avis d'experts	44
4.2.6.3.	L'entourage	44
4.2.6.4.	Les patients.....	44
4.2.6.5.	Les médias.....	45
4.2.6.6.	Les recommandations des sociétés savantes	45
4.2.7.	Le phénomène e-cigarette	45
4.2.7.1.	Un objet de mode.....	45
4.2.7.2.	Une autre façon de fumer	46
4.2.7.3.	Les intérêts économiques	46
5.	DISCUSSION	48
5.1.	VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE	48
5.1.1.	Qualité méthodologique	48
5.1.2.	Biais	49
5.1.2.1.	Biais d'interprétation.....	49
5.1.2.2.	Biais de recrutement	49
5.1.3.	Autres difficultés.....	50
5.2.	VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE	50
5.2.1.	La population	50
5.2.2.	La place de l'e-cigarette dans la pratique	50
5.2.3.	L'accompagnement du vapoteur.....	52
5.2.4.	Les avantages de l'e-cigarette	54
5.2.5.	Les inconvénients de l'e-cigarette.....	56
5.2.6.	Les attentes des médecins généralistes.....	59
5.2.7.	Construction de l'opinion.....	60
5.2.8.	Le phénomène e-cigarette	62
5.3.	PERSPECTIVES D'AVENIR	64
6.	CONCLUSION	66
7.	BIBLIOGRAPHIE	67
8.	LISTE DES ACRONYMES.....	72
9.	ANNEXES	73
10.	RESUME	75
11.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	76

1. INTRODUCTION

Le tabagisme tue 73 000 personnes par an en France, soit près de 200 morts chaque jour (1). C'est la première cause de mortalité évitable en France.

Dans notre pays, la prévalence du tabagisme est de 34 % chez les 15-75 ans (2). Soit près de 16 millions de fumeurs. Les chiffres sont stables depuis 2010.

Le tabagisme masculin reste toujours plus élevé (38 % vs 30% des femmes) mais l'écart entre les sexes continue de se réduire (2).

L'émergence récente de la cigarette électronique est en train de modifier l'épidémiologie des fumeurs.

En 2014, la cigarette électronique connaît une forte notoriété puisqu'elle est connue de quasiment tous les Français (99%). Environ 12 millions de Français l'ont déjà essayé. 6% des 15-75 ans vapotent, dont la moitié quotidiennement (soit 1,5 millions de consommateurs réguliers) (2).

L'expérimentation de l'e-cigarette est liée à l'âge. Les proportions d'expérimentateurs de cigarette électronique sont plus faibles aux âges avancés. Cette différence est cependant moins prononcée en ce qui concerne son utilisation (Figure 1).

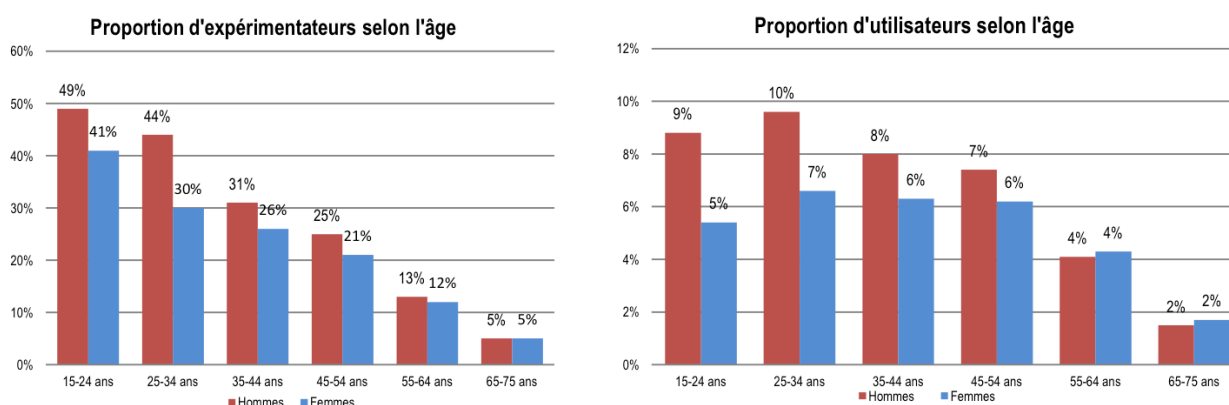


Figure 1 : Proportions d'expérimentateurs et d'utilisateurs de l'e-cigarette en fonction de l'âge selon l'INPES (2).

Parmi les 3 millions de vapoteurs en France, les trois-quarts continuent de fumer régulièrement, 8% sont fumeurs occasionnels et 15% sont d'anciens fumeurs (soit environ 400 000 anciens fumeurs). En revanche, seulement 2% des vapoteurs n'ont jamais fumé (Figure 2).

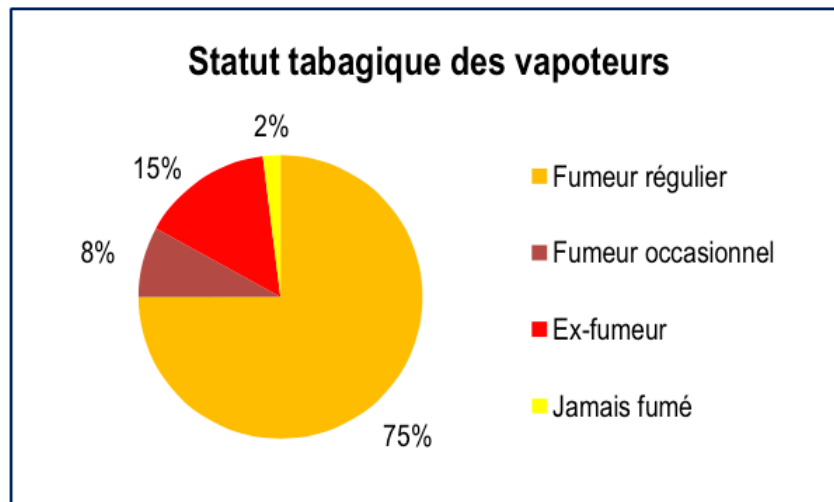


Figure 2 : Statut tabagique des vapoteurs selon l'INPES (2).

L'utilisation régulière de la cigarette électronique reste donc très fortement liée au tabagisme qu'il soit actuel ou ancien.

Les résultats des récentes enquêtes de prévalence montrent que la cigarette électronique est essentiellement utilisée par les fumeurs.

La cigarette électronique est actuellement un produit de consommation courante, utilisé principalement par les consommateurs dans le but de se sevrer du tabac, avec ou sans avis médical (3).

Notre thèse a pour objectif de préciser la place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique en soins primaires.

La thèse d'E. Bisotto (3), soutenue en 2014, étudiait les pratiques, les croyances, les représentations, et les attentes des fumeurs d'e-cigarette des Alpes-Maritimes (06).

Nous tâcherons ici de définir les pratiques, les représentations et les attentes des médecins généralistes du département.

2. GENERALITES

2.1. DEFINITIONS



Figure 3 : Différents modèles d'e-cigarette (Source : Wikimedia).

La cigarette électronique (encore appelée *e-cigarette* ou *e-cig* ou *vaporisateur personnel*) est un dispositif électronique ou électromécanique générant un aérosol destiné à être inhalé. Elle simule l'acte de fumer du tabac (4).

L'aérosol produit est un brouillard de fines particules qui ressemble visuellement à la fumée produite par la combustion du tabac. Dans le langage courant, on utilise communément les termes de « vapeur » ou de « fumée artificielle ».

Cette « vapeur » peut être aromatisée ou non (arôme de tabac, fruits, végétaux, chocolat...) et, ou non, contenir de la nicotine.

L'aérosol produit par une e-cigarette correctement fabriquée et utilisée, ne contient pas de particules solides, de goudrons, de monoxydes de carbone (absence de combustion), ni d'autres substances connues comme cancérogènes (5).

Le verbe « vapoter » est couramment utilisé pour désigner l'acte d'inhaler la « vapeur » produite par l'e-cigarette.

Le mot « vapoteur » désigne l'utilisateur de la cigarette électronique.

2.2. ANATOMIE DE L'E-CIGARETTE

La plupart des cigarettes électroniques peuvent se décomposer en trois parties : une **batterie**, un **atomiseur** et une **cartouche** (4) (5).

Une micro-valve sensible à la dépression provoquée par l'inspiration ou un contacteur à déclenchement manuel permet d'alimenter l'atomiseur en énergie électrique.

L'e-cigarette peut être à usage unique (elle est alors complètement scellée) ou bien réutilisable (et donc plus ou moins démontable selon les modèles afin de pouvoir recharger la batterie, changer l'atomiseur, réinjecter du liquide, etc.).

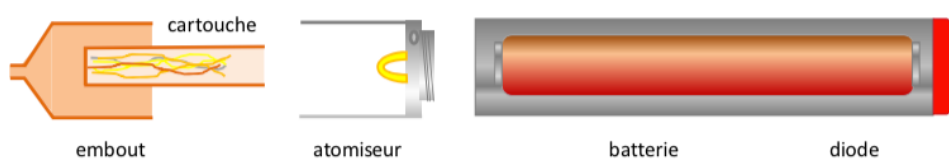


Figure 4 : Anatomie de l'e-cigarette (5)

2.2.1. La batterie

Il s'agit d'accumulateurs rechargeables utilisant presque exclusivement la technologie lithium-ion (avec chargeur de type USB ou prise murale) pour les modèles réutilisables ou d'une pile pour les modèles jetables.

La tension (voltage) est généralement comprise entre 3,7 et 4,4 volts. Celle-ci peut être réglée par un module électronique.

La quantité d'électricité contenue dans la batterie (exprimée en mAh) est variable selon les modèles.

Certaines e-cigarettes embarquent un voyant lumineux (diode) à l'extrémité distale du dispositif simulant l'incandescence d'une cigarette classique lorsque celle-ci est fumée.

2.2.2. La cartouche

Aussi appelé réservoir, il s'agit du dispositif de stockage du e-liquide. Il est généralement de forme cylindrique et constitué de plastique, de silicone, de verre ou de métal inoxydable. Il peut s'agir d'une cartouche pré-remplie ou d'un réservoir à remplir. Il est éventuellement complété par un dispositif de captation par capillarité en contact avec l'atomiseur (mèches).

Le réservoir possède deux ouvertures : une entrée (pour l'arrivée d'air) et une sortie (pour la « vapeur »). Au niveau de la sortie s'adapte en général un embout buccal interchangeable appelé *drip tip*.

2.2.3. L'atomiseur

L'atomiseur est la partie qui a pour fonction de chauffer le liquide afin de générer l'aérosol. Il s'agit en fait d'une résistance chauffante (entre 1,25 et 2,8 ohms).

Lorsque l'atomiseur et la cartouche sont indissociables et ne forment qu'un seul composant, celui-ci est appelé « cartomiseur ».

Un dispositif de régulation du flux d'air peut être également intégré à l'atomiseur.

Il existe des modèles dits restructurables qui permettent à l'utilisateur de configurer lui-même ses résistances et ses mèches.

2.3. FONCTIONNEMENT DE L'E-CIGARETTE

La cigarette électronique est un dispositif qui se déclenche par l'utilisateur soit par une inspiration sur le *drip tip*, soit par la pression sur un contacteur généralement situé au niveau de la batterie. Une fois déclenchée, la batterie va chauffer instantanément le filament de l'atomiseur. La température du filament (50-250°C) transforme alors l'e-liquide absorbé sur les fils de textile en gaz. Le gaz se refroidit ensuite pour former de très fines gouttelettes : il s'agit de l'aérosol qu'inhale l'utilisateur.

L'aérosol va d'abord rentrer en contact avec l'arrière-gorge (sensation de *throat hit*, plus ou moins prononcée selon la composition de l'e-liquide) puis se diriger vers les voies respiratoires basses.

2.4. LES E-LIQUIDES

Le terme e-liquide désigne l'ensemble des liquides utilisés dans les cigarettes électroniques.

Celui-ci est directement intégré dans les cartomiseurs des dispositifs jetables et n'est pas accessible sauf si ces derniers sont de mauvaise qualité.

Pour les systèmes rechargeable, l'utilisateur injecte lui-même le liquide dans le réservoir au gré de son utilisation.

La plupart des e-liquides disponibles dans le commerce sont conditionnés dans des fioles pourvues d'un dispositif de fermeture sécurisé afin que les enfants en bas-âge ne puissent entrer en contact avec le contenu (potentiellement dangereux si celui-ci contient de la nicotine).

Les e-liquides contiennent tous du propylène glycol et/ou de la glycérine végétale (généralement dans des proportions de 80%/20% respectivement), ainsi que des arômes et des colorants. La nicotine est optionnelle selon le choix de l'utilisateur. On retrouve parfois de l'eau et de l'alcool éthylique (taux rarement supérieur à 4%).

2.4.1. Le propylène glycol

Le propylène glycol est un agent humectant, exhausteur d'arôme, qui est utilisé pour produire l'effet de « fumée ». Il est également couramment utilisé dans l'industrie agro-alimentaire et pharmaceutique.

Il est considéré comme peu toxique, non cancérogène et non tératogène. Il n'existe pas de valeur limite d'exposition en France pour ce composé (5).

Il existe de nombreuses données toxicologiques pour la prise du produit par ingestion ou par inhalation (6). Il y a peu d'effets indésirables décrits, même en cas d'inhalation de doses élevées (7).

Il est soupçonné que ce produit pourrait être toxique à long terme par inhalation. Pourtant il est utilisé dans des médicaments destinés à être inhalé comme le Foradil® (bronchodilatateur de type formétérol) ou le Miflonil® (corticostéroïde inhalé de type budésonide).

2.4.2. La glycérine végétale

La glycérine végétale (ou glycérol), est également utilisée pour produire de la « fumée » (de manière plus efficace que le propylène glycol) mais elle encrasse plus vite les atomiseurs qui nécessitent alors d'être changés plus souvent.

Elle est réputée peu toxique, non cancérogène et non tératogène. Elle est irritante pour les voies respiratoires, la peau et les yeux (8).

Le glycérol est utilisé, entre autres, comme additif alimentaire (E422) et pharmaceutique.

On dispose de peu de données sur sa dangerosité concernant son inhalation et ses effets à long terme dans cette utilisation sont peu étudiés.

La déshydratation du glycérol, qui survient à des températures excédant 275°C, produit de l'acroléine (glycérol ayant perdu deux molécules d'eau), un irritant majeur des voies respiratoires, de la peau et des muqueuses, présent dans la fumée de cigarette. Elle se forme normalement à une température supérieure à celle produite par l'atomiseur des e-cigarettes, ce qui justifie néanmoins que des contrôles soient effectués pour les e-cigarettes avec glycérine.

2.4.3. Les arômes

Les liquides d'e-cigarette contiennent des arômes (ou parfums), ainsi que d'autres additifs comme l'alcool et l'eau.

Il existe un très grand nombre de parfums tels que les goûts de tabac, les goûts de fruits, et d'autres goûts divers comme le cannabis. L'utilisation de ceux-ci est réglementée. Ils peuvent être naturels ou artificiels (selon les fabricants). Certains résistent à la température mais pour la plupart, leur évolution au contact d'un atomiseur et sous la forme inhalée est mal connue. Il existe de manière générale une insuffisance d'études et de réglementations sur les arômes absorbés par inhalation.

2.4.4. La nicotine

La nicotine est un alcaloïde présent dans les plantes de la famille des solanacées, notamment dans les feuilles de tabac. C'est la principale cause de dépendance pharmacologique liée au tabac. Elle est capable de se fixer en particulier au niveau du cerveau sur les récepteurs à l'acétylcholine de type nicotinique (effet agoniste).

A hautes doses, il s'agit d'un poison violent pouvant conduire au décès par arrêt respiratoire. A long terme, on n'a pas démontré d'effets cancérogènes (9).

Il est plus simple d'extraire la nicotine que de la synthétiser, ce qui explique pourquoi elle est extraite des plants de tabac.

Concernant les e-liquides vendus en France, la plupart présentent des concentrations en nicotine qui sont proches des valeurs annoncées par le fabricant, avec une nicotine de qualité pharmaceutique. Mais même si la qualité de fabrication de l'e-liquide s'est sensiblement améliorée ces dernières années, il persiste encore des produits de mauvaise qualité (10).

D'après l'ANSM, la concentration de nicotine dans les cartouches commercialisées en France ne doit dépasser 20mg/ml, sauf s'il est enregistré comme médicament avec une AMM (11).

2.4.5. Les impuretés

Même dans les meilleurs e-liquides certifiés de qualité pharmaceutique (PhEur en Europe), il existe jusqu'à 1% d'impuretés (la nicotine est en réalité pure à 99%). C'est la raison pour laquelle on retrouve de très faibles quantités de substances comme l'anatabine, la norcotine et l'anabasine (molécules voisines de la nicotine) provenant de l'extraction de la nicotine des feuilles de tabac.

De la même manière on peut retrouver des nitrosamines (un des principaux cancérogènes présents dans le tabac) à l'état de traces. Mais ce taux est négligeable (environ 500 fois inférieurs à ceux de la plupart des cigarettes (12)).

Des particules métalliques en faible quantité ont été retrouvées dans l'aérosol des e-cigarettes (fer, aluminium, cuivre, zinc...) à des taux plus ou moins équivalents à ceux retrouvées dans la fumée de cigarette (13).

2.4.6. Manipulation

Les e-liquides doivent être manipulés avec précaution surtout s'ils contiennent de la nicotine. Il s'agit d'une substance classée comme vénéneuse. Comme nous l'avons précisé plus haut, on peut rencontrer des cas d'intoxications qui peuvent aller jusqu'au décès. Elle est plus dangereuse pour les non fumeurs que pour les fumeurs, en particulier pour les enfants, en cas d'absorption transcutanée ou d'ingestion (difficile à envisager car les produits ont un goût très désagréable).

La plupart des fioles d'e-liquide vendues dans le commerce disposent d'un dispositif de fermeture sécurisé.

2.5. L'AEROSOL PRODUIT

Comme nous l'avons vu précédemment, l'aérosol produit par l'e-cigarette est composé de fines gouttelettes, résultat de la condensation du gaz qui s'est créé par la montée en température du liquide lors de son passage dans l'atomiseur.

2.5.1. Le courant primaire

Le courant primaire de l'aérosol émis par la cigarette électronique est composé de fines gouttelettes liquides contenues dans un gaz (l'air ambiant).

On ne retrouve pas de particules solides en suspension contrairement à la fumée du tabac. Il n'existe théoriquement aucun changement chimique entre l'aérosol et l'e-liquide mais des variations chimiques peuvent être observées si l'on augmente l'échauffement de la résistance des atomiseurs. *Jensen et al* ont ainsi montré que pour des tensions appliquées supérieures à 5V il pouvait se former du formaldéhyde, une substance cancérigène, dans des taux plus importants que la cigarette classique (14). Cette étude controversée a suscité un vif débat, car lorsqu'on applique une telle tension de chauffe, on voit se développer un « dry puff » : une bouffée avec un goût insupportable et impossible à inhaler (15).

Le principal changement qui survient dans des conditions « normales » d'utilisation entre l'e-liquide contenu dans la cartouche et l'aérosol inhalé concerne sa forme physique. La composition chimique de l'aérosol est voisine du contenu de la cartouche.

2.5.2. Le courant tertiaire

Le vapoteur rejette un courant tertiaire. La taille des gouttelettes exhalées est très inférieure à celles inhalées, du fait de leur retour à l'état gazeux. Selon Bertholon (16), la demi-vie d'élimination du courant C1 est de l'ordre de 11 secondes avec un liquide contenant du propylène glycol. En comparaison, cette demi-vie est de l'ordre de 100 fois plus courte que celles des cigarettes classiques, ce qui laisse supposer que le risque de tabagisme passif avec l'e-cigarette est très limité.

Certaines études rapportent néanmoins la présence de nicotine en quantité significative dans la « vapeur » exhalée (17)(18)(19).

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. CHOIX DE LA METHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens collectifs semi-structurés (ou focus group). L'histoire de la recherche qualitative remonte au début du XXe siècle. D'abord utilisée par les anthropologues et les sociologues pour étudier les phénomènes humains dans leur environnement naturel, elle a ensuite été utilisée dans le marketing puis depuis les années 1990 par les chercheurs en santé. Elle est depuis quelques années utilisée dans la recherche en médecine générale car les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer (20).

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle tente d'explicitier les processus de décision ou les déterminants sous-jacents à l'action. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur (21).

La cigarette électronique est un phénomène nouveau et encore peu étudié. La communauté médicale et notamment les praticiens exerçant dans le champ des soins primaires y est confrontée.

Deux champs peuvent conduire aux études qualitatives : l'interprétation et le constructivisme (22). L'interprétation fait l'hypothèse que « la réalité peut être comprise à travers des constructions sociales (...) le chercheur s'intéresse alors à la construction du sens et du contexte ». Le constructivisme « définit la connaissance comme une élaboration purement humaine, et non comme le reflet exacte de la réalité ».

L'approche qualitative permet donc, de questionner et d'explorer le sens et la valeur de ce phénomène social qu'est la cigarette électronique et de nous intéresser à sa place dans le sevrage tabagique, dans le contexte d'une consultation de médecine générale.

Nous ne cherchons pas à quantifier ni mesurer une réponse précise contrairement à la démarche quantitative mais à explorer et à décrire des pensées construites et des faits.

3.2. ORGANISATION DES FOCUS GROUPS

Le focus group mettait en scène un modérateur, un observateur et entre 4 et 8 participants (les interviewés) qui se réunissaient au cours de séances enregistrées (enregistrement audio) durant 60 à 90 minutes.

Le modérateur était chargé de veiller au bon déroulement de la séance, en permettant à chacun de s'exprimer. Il disposait d'un canevas de questions prédéfinies, appelé guide d'entretien ou scénario (annexe 1), afin de recueillir un maximum d'idées en réponse à la question de recherche. Il devait connaître le déroulement d'un focus group et les objectifs de l'étude. Le choix s'est naturellement porté vers mon directeur de thèse, dans la mesure de sa disponibilité.

J'ai élaboré le guide d'entretien avec mon directeur de thèse. Nous avons été aidé par un praticien du Département de Santé Publique, afin d'améliorer la pertinence des questions.

Il était prévu d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure de la collecte des données si cela était nécessaire.

L'observateur était chargé de l'organisation logistique des séances, de l'accueil des participants, du bon fonctionnement de l'enregistrement audio, de la prise de notes sur tout ce qui relève de la communication non verbale, de la retranscription écrite des entretiens (verbatim) et de son analyse. Il revenait au principal investigateur de l'étude de s'occuper de cette tâche.

Le nombre de séances n'était pas prédéfini. Le recueil de données s'arrêtait lorsqu'aucune idée nouvelle n'apparaissait (principe de saturation des idées).

Le lieu des séances n'était pas prédéfini. Il devait être le plus neutre possible, et était choisi en fonction de la proximité géographique des participants.

L'enregistrement audio était réalisé à partir d'un enregistreur multidirectionnel doublé d'un enregistrement à l'aide d'un téléphone portable pour minimiser le risque de pertes de données.

Les données recueillies lors des enregistrements étaient anonymisées (les médecins participants à l'étude étaient identifiés par des chiffres). Les données audiophoniques étaient conservées par l'investigateur principal de l'étude jusqu'à la fin du travail de recherche puis détruites.

3.3. PARTICIPANTS

Les participants inclus dans l'étude devaient être des médecins exerçant la médecine générale et ayant une activité de soins primaires dans les Alpes-Maritimes, en qualité de médecin installé ou en qualité de médecin remplaçant.

Ils étaient contactés soit par e-mail lorsque celui-ci était disponible, sinon par téléphone. Les praticiens étaient sélectionnés au hasard via l'annuaire téléphonique. L'annuaire des généralistes enseignants disponible sur le site du CAGE¹ a également été consulté.

Le consentement de participation à l'étude était recueilli oralement et révocable à tout moment. Les praticiens étaient informés de la possibilité de se retirer de l'étude s'ils le souhaitaient. Les données récoltées étaient alors supprimées.

Un questionnaire anonyme relatif aux données démographiques des participants était distribué en début de séance (annexe 2).

3.4. CRITERES DE JUGEMENT

La question de recherche était de définir la place de la cigarette électronique (ou e-cigarette) comme outil de sevrage tabagique en soins primaires.

Les critères de jugement principaux étaient les pratiques (« ce qu'ils font »), les représentations et les attentes (« ce qu'ils pensent ») vis à vis de la e-cigarette dans le sevrage.

3.5. METHODE D'ANALYSE

L'analyse se déroulait immédiatement en aval des séances, durant la période de récolte des données et était effectuée par l'observateur.

Une première étape consistait à analyser les caractéristiques démographiques des participants à l'aide du questionnaire distribué à chaque début de séance (annexe 2). Elles étaient reportées sous forme de tableau. Des données quantitatives étaient alors extraites.

La deuxième étape consistait à analyser les propos des participants, retranscrits de manière intégrale et fidèle, selon une approche thématique (23). Tous les propos en lien avec le sujet étaient relevés puis classés selon les idées qu'elles exprimaient (analyse verticale). Les idées issues des différentes sessions et les propos qui les soutiennent étaient ensuite regroupées de manière logique sur un même document (analyse horizontale) (22). Je me suis aidé de l'informatique et du logiciel N'Vivo² pour classer les données.

La période de recueil des données était stoppée lorsque l'analyse thématique au fur et à mesure des sessions ne ramenait plus de nouvelles idées (saturation des idées).

¹ Disponible sur http://www.nice.cnge.fr/article.php3?id_article=228

² Disponible sur : http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx

² Disponible sur : http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx

4. RESULTATS

4.1. DONNEES QUANTITATIVES

18 médecins généralistes âgés de 27 à 70 ans ont été interrogés entre le 15 décembre 2014 et le 28 avril 2015, au cours de 4 séances. La saturation des données était obtenue après la troisième séance.

Les caractéristiques démographiques des participants sont reportées dans le tableau 1 et les informations concernant le déroulement des séances sont reportées dans le tableau 2.

n = 18	
Âge moyen (années)	51.7
Hommes	14 (78%)
Activité libérale	18 (100%)
Activité salariée	3 (17%)
Publique	2 (11%)
Privée	1 (6%)
Ancienneté d'installation	
0 - 10 ans	5 (28%)
10 - 20 ans	1 (5%)
20 - 30 ans	5 (28%)
> 30 ans	7 (39%)
Secteur d'activité	
Urbain	18 (100%)
Rural	0 (0%)
Semi-rural	1 (5%)
Type de cabinet	
En groupe	12 (67%)
Seul	4 (22%)
Tabagisme	
Actif	4 (22%)
Ancien	5 (28%)
Non	9 (50%)
Expérience personnelle de vapotage	2 (11%)

Tableau 1 : Caractéristiques des participants.

Séance	Date	Lieu (1)	Lieu (2)	Durée	Participants
A	15/12/14	Nice	Faculté de médecine	01:21:54	4
B	14/01/15	Menton	Cabinet médical	01:16:45	5
C	02/03/15	Nice	Faculté de médecine	01:19:09	4
D	28/04/15	Cannes	Cabinet médical	01:01:43	5

Tableau 2 : Caractéristiques des Focus group

4.2. ANALYSE DU DISCOURS

Chaque médecin est représenté par une lettre et un chiffre : la lettre correspond à la séance à laquelle il a participé, le chiffre correspond au numéro d'anonymat utilisé lors de la retranscription de la séance. Les paroles des participants sont rapportées en italique et entre guillemets.

4.2.1. La place de l'e-cigarette dans la pratique

4.2.1.1. Initier le sevrage par l'e-cigarette

- Certains médecins sont enthousiastes vis à vis de la cigarette électronique. Ils la **proposent** comme aide au sevrage.

B1 : « *Oui. Moi je propose en plus (...) Je veux dire que je ne fais pas que attendre de la part de mes patients pour la cigarette électronique. Moi je propose* ».

D4 : « *J'ai même tendance à leur proposer la cigarette électronique comme moyen, en plus des patch, des tablettes à nicotine, de l'auriculothérapie (...) je la placerais en première position sans aucun soucis et en proposant les autres substituts. C'est vrai qu'en pratique quotidienne la cigarette électronique ça marche bien !* ».

- Pour un des médecins, il s'agit de **courir un « risque utile »**.

B5 : « *Je me dis toujours qu'on va mieux connaître ce produit dans quelques temps. Il sera toujours temps d'arrêter. Si en attendant on a permis à un tas de gens de moins fumer ou d'arrêter de fumer... c'est toujours ça de gagné. Peut-être que je joue avec le feu mais tant pis. Si on prend*

des risques on va jusqu'au bout. Enfin oui, ça me gêne pas... (hésitation) oui... de courir un risque. Ça ne me pose pas de problèmes de conscience. Et J'ai l'impression de quand même faire quelque chose pour répondre à une question où parfois je n'ai pas d'autre solution ».

4.2.1.2. Pas de prescription d'e-cigarette

- De nombreux médecins **ne proposent pas** l'e-cigarette à leurs patients. Ils estiment ne pas pouvoir être prescripteurs d'un outil qui n'est pas validé.

A2 : *« Mais je ne me vois pas en tant que prescripteur de le conseiller ».*

D3 : *« Moi j'ai répondu qu'a priori la e-cigarette est moins toxique que la cigarette habituelle mais qu'on n'avait pas des données scientifiques suffisamment solides pour nous en tant que médecin en faire la promotion, donc ok mais ce n'est pas moi qui le prescris ».*

4.2.1.3. Une attitude différente selon le profil du fumeur

- Pour certains médecins, un **fort risque cardio-vasculaire** et un **tabagisme élevé** peuvent être un moteur pour proposer la cigarette électronique à leurs patients.

D3 : *« Dans la balance entre l'hypothétique risque de la cigarette électronique qu'on ne connaîtrait pas et les risques avérés du tabac chez les coronariens avérés, là, la balance va tellement du côté de l'aide au sevrage à tout prix que ça va changer ma pratique. J'aurais de la retenue pour le tabagisme lambda vierge de toute pathologie, par contre, je n'aurais aucune retenue pour le coronarien pour qui quasiment j'ai envie de 'mettre le pistolet sur la tempe' pour qu'il s'arrête de fumer. Là, je serais prêt à prendre le risque. Quitte à ce que dans 3 ou 4 ans on me dise « monsieur vous avez conseillé à mon mari la cigarette électronique mais vous avez vu les études qui sortent ? Il y a beaucoup plus de cancer de... ». Mais là je dirais « attendez c'était ça ou il allait faire l'infarctus dans les 6 mois, donc j'ai préféré prendre le risque ». C'est un exemple qui je l'espère ne se ...
Donc à la question 'changez vous votre comportement ?' c'est oui ! ».*

- Pour les **femmes enceintes**, l'avis n'est pas tranché.

A2 : *« Une fois j'ai eu la question pour une femme enceinte, je n'ai pas répondu. 'On m'a dit d'arrêter de fumer parce que je vais avoir un bébé, j'ai acheté une cigarette électronique': là c'est difficile pour nous de répondre à la question de cette manière ».*

4.2.1.4. Après échec des autres outils de sevrage

- Après échecs avec les autres outils, la majorité des médecins non prescripteurs, **propose** ou se sent capable de proposer la e-cigarette pour le sevrage à leur patient.

A3 : « *Je pense que c'est plutôt comme ça que ça se passe. Sinon je propose plutôt les patchs de nicotine. Mais c'est vrai que c'est plutôt cette situation là où on arrive à proposer la e-cigarette* ».

C4 : « *On ne va pas faire la sourde oreille à ce nouveau moyen de substitution surtout s'il a tout essayé et qu'il y a eu des échecs (...) je trouve qu'on est presque obligé de lui en parler en fait parce que sinon on le laisse dans une impasse et il va recommencer à fumer* ».

- Un médecin **ne propose pas** l'e-cigarette même dans ce cas de figure.

C2 : « *Moi avec ce type de patient précisément, je dirais que justement là je ne parlerais pas de la cigarette électronique parce que je pense que la cigarette électronique pour ce type de patient qui n'arrive pas à s'arrêter j'aurais peur de lui proposer un objet avec des couleurs et des odeurs sympas qui le lance sur complètement autre chose et de lui rajouter des problèmes sur ce qu'il a déjà et à la limite si j'avais un patient comme ça, j'essayerais de voir ailleurs et plus me concentrer sur la substitution nicotinique mais plutôt sur une prise en charge psychiatrique ou psychologique mais essayer de jouer sur un autre tableau mais moi précisément dans ce cas là, je dirais 'pas de cigarette électronique'* ».

4.2.1.5. Un sevrage en deux temps

- Pour certains médecins, passer à la cigarette électronique est susceptible de générer **un deuxième sevrage** (celui du tabac puis de l'e-cigarette).

A3 : « *Ça prendra plus de temps parce qu'il y aura un deuxième travail à faire (...) S'il faut faire un deuxième temps de sevrage du geste ce n'est pas grave. Le plus important c'est d'arrêter le tabac* ».

4.2.1.6. Pas de réflexe e-cigarette

- Certains médecins déclarent ne pas avoir le réflexe de penser à la cigarette électronique dans leur pratique.

C4 : « *Parce que moi si il m'en parle pas je sais pas si j'y pense en fait* ».

4.2.1.7. La question des mineurs

- Les médecins généralistes « prescripteurs » d'e-cigarette **ne proposent pas l'outil aux mineurs.**

D4 : « *C'est compliqué de proposer la cigarette électronique à un adolescent. Même s'il fume. Moi j'aurais beaucoup de retenue* ».

- Devant un adolescent vapoteur, **certains médecins restent « ouverts »**, mais expriment une certaine retenue.

D3 : « *Il y a 2 cas de figure. Soit le père veut le faire vapoter pour arrêter qu'il fume je dirais non c'est pas la peine de lui donner l'habitude de prendre un geste et tout ça. Par contre si le gamin il vapote déjà depuis plusieurs mois et ben c'est peut être effectivement... Pourquoi pas ? Avec un petit peu plus de retenue quand même...* ».

4.2.1.8. Pas de place pour la e-cigarette

- Pour un des médecins interrogés, **la e-cigarette n'a pas sa place dans l'arsenal thérapeutique** du médecin généraliste, comme outil de sevrage tabagique.

C2 : « *Moi en fait c'est pas un outil de sevrage. Le fait d'avoir aussi discuté, j'ai fait le point sur mes idées, et pour moi, dans ma pratique, je ne le considère pas comme un outil de sevrage (...) Mais on va dire dans 99%, enfin, je vais dire pour ma pratique, dans 99% des cas c'est pas un outil de sevrage* ».

4.2.1.9. Toxicité des autres outils de sevrage

- Certains médecins **relativisent la toxicité** de la e-cigarette avec d'autres moyens thérapeutiques validés.

B2 : « *En parlant de toxicité, Zyban ® et Champix ®... (Rires)* ».

4.2.2. L'accompagnement du vapoteur

4.2.2.1. Encourager la démarche du patient

- **La totalité des médecins** encourage la démarche d'un patient ayant décidé de se sevrer par la cigarette électronique.

A2 : « J'ai un peu la même réponse si le patient me dit qu'il a arrêté de fumer des cigarettes avec la cigarette électronique, je lui dis 'continuez' (...) Maintenant je leur dis que s'ils ont pris conscience que le tabac c'est nocif et que s'ils ont transformé ça en cigarette électronique, c'est déjà un pas. Mais que je ne pense pas que ce soit le sevrage tabagique vrai. Je leur dis que c'est mieux que rien ».

A3 : « Moi quand ils viennent pour le sevrage je trouve que c'est toujours une bonne chose. Quand ils viennent pour la cigarette électronique, je leur dis que c'est très bien (...) Mais je pense qu'il faut toujours les encourager quand ils veulent arrêter ».

4.2.2.2. Accompagner le patient dans son sevrage

- La plupart des médecins souligne l'importance d'**accompagner le patient** dans son sevrage à travers un **suivi** et des **consultations dédiées** :

D4 : « Il faut les accompagner pour les désengager du vapotage (...) Ah oui faut pas les lâcher dans la nature. Il faut un suivi ».

4.2.2.3. Être à l'écoute, communiquer, comprendre

- Pour le praticien, il est important d'**identifier où se situe le patient** dans son tabagisme, dans son addiction

A1 : « Après il faut voir quel type de fumeur il est. Par exemple tu pose la question quand est-ce que vous avez besoin de votre première cigarette ? (...) On disait tout à l'heure dans quelles circonstances les gens fument, le pourquoi ils veulent arrêter, mais si tu leur enlèves ça, le type va se mettre à la pause et il a rien à faire ».

- Les médecins essayent de **comprendre les raisons sous-jacentes** qui motivent ou qui ont motivé le choix de la e-cigarette.

B3 : « *Mais moi je serais plus dans une discussion simple. 'C'est curieux tu fais ça... mais pourquoi ? Comment ?' ».*

B4 : « *S'il me dit : 'voilà, voilà, je vapote depuis trois mois, docteur qu'est-ce que je dois faire ?' : là je demande 'quel dosage de nicotine utilisez-vous ? Est-ce que ça ne serait pas possible de diminuer ? Quel est votre objectif ? Est-ce que vous vapotez parce que c'est la mode ? Pour vous faire plaisir ? Ou pour arrêter ?'. Mais ce n'est pas toujours pour arrêter ».*

- Pour pouvoir donner les bons conseils au patient, il est nécessaire de **s'intéresser à la manière dont il s'y prend** pour le sevrage.

B5 : « *Notre boulot c'est d'abord de gérer le chronique, on a beaucoup de situations chroniques, on a du temps pour revoir les gens, on a du temps pour voir un peu ce qu'ils ont envie de faire, pour voir un peu comment ils font... Comment ils se débrouillent, comment est leur environnement ».*

D4 : « *Et ce qui est important dans ce cas du vapoteur qui arrive et qui demande 'qu'est ce que vous en pensez ?', c'est de savoir quelle est sa consommation, quelles sont les cartouches qu'il utilise, depuis combien de temps vapote-t-il et de savoir s'il continue à fumer c'est très important ».*

4.2.2.4. La motivation du patient

- Pour le clinicien, la réussite du sevrage est conditionnée par **la motivation sous-jacente, qu'il faut identifier** et maintenir.

B5 : « *Ça dépend de la motivation de départ. Parce que la question qu'on m'avait appris à poser c'est : 'qu'est-ce que vous avez envie de faire ? Pourquoi ?'. Il évident que si on te dit : 'je veux essayer' ... c'est mal barré. Si par contre il y a une motivation qui soit de santé, économique ou qu'elle soit pour se départir d'un comportement routinier, peut être qu'on peut se servir de l'outil e-cigarette... ».*

4.2.2.5. Respecter le choix du patient pour son sevrage

- Le praticien, **respecte le choix de la cigarette électronique pour le sevrage** lorsque le patient la choisit.

B4 : « *Après le conseil de diminuer son addiction au tabac, c'est aussi le choix du patient à respecter. Si le patient choisit ce moyen là... ».*

C4 : « *Mais je lui dirais déjà, s'il veut arrêter de fumer, c'est une bonne solution après s'il pense que la cigarette électronique pour lui est le meilleur moyen... d'essayer. D'essayer ! Et puis de voir par la suite à quoi ça mène ».*

4.2.2.6. Associer la e-cigarette avec d'autres outils de sevrage

- Certains médecins associent à la cigarette électronique, **d'autres substituts nicotiniques...**

A1 : « *Moi j'associe des fois les patchs avec les cigarettes électroniques (...) Mais tu peux aussi associer les deux et ça semble supérieur à la cigarette électronique toute seule... ».*

B1 : « *Et parfois je rajoute un petit peu de ce que *** avait dit, un petit coup de pastilles, de chewing-gum, ça peut vous aider comme ça vous essayez de perdre l'habitude de ce geste, euh...».*

- ... ou proposent des techniques parallèles.

A2 : « *Et si ça les intéresse, moi je les traite, je fais de l'acupuncture en parallèle et qu'avec l'acupuncture les résultats semblent meilleures qu'avec la cigarette électronique ».*

4.2.2.7. Le dosage en nicotine

- Un des médecins conseille au patient **de se saturer en nicotine au départ.**

B1 : « *'Si vous avez envie : faut se saturer en nicotine !' (...) Je leur dis de prendre au départ une dose forte en nicotine pour saturer les récepteurs (...) Je leur dis : 'est-ce que vous êtes à un bon taux de nicotine ? Saturez-vous en nicotine !' C'est ce que nous avait dit docteur ***. C'est la seule réponse que j'ai à dire. 'Comme ça vous n'aurez plus votre dépendance ! Saturez-vous en nicotine*

et vous diminuerez après' ».

- Les médecins conseillent aux patients de **diminuer progressivement les doses de nicotine** pour réaliser un sevrage progressif.

A3 : *« Mais le but c'est de descendre au niveau des doses de nicotine pour arriver après, à la fin, à des doses où il n'y a plus rien dedans ».*

D4 : *« Comme le sevrage de benzodiazépine... ».*

4.2.2.8. S'approvisionner en boutiques spécialisées

- Un médecin conseille à ses patients d'aller dans les magasins spécialisés plutôt que sur internet en ce qui concerne l'achat d'e-cigarette et de ses consommables.

B5 : *« Mais moi je dis aux patients : 'vous avez 9 chances sur 10 quand vous allez voir un médicament sur internet qu'il soit frelaté, trafiqué ou de mauvaise qualité. Allez voir un professionnel !'. Pour un médicament c'est un pharmacien. Pour les vendeurs de cigarettes électroniques c'est quand même les vendeurs qui ont le minimum de formation en France... ».*

4.2.2.9. Rationnaliser le vapotage

- Certains médecins conseillent à leur patient de **raisonner leur consommation** d'e-cigarette.

C4 : *« Donc je pense que déjà je leur dirais de pas avoir le réflexe de mettre la cigarette électronique à la bouche toutes les dix minutes, de rester dans une consommation qu'ils avaient déjà avec leur cigarette, c'est à dire peut être de vapoter au moment de prendre leur café dehors, après un repas et puis voilà ; pas en travaillant, dans la voiture... Qu'ils ne feraient peut être pas avec une cigarette normale ».*

4.2.2.10. Rediriger vers un spécialiste

- Certains médecins proposent à leurs patients des consultations spécialisées en addictologie :

D1 : *« Je pense que j'aurais la même habitude. Mais en rajoutant que je lui conseillerais quand*

même d'aller voir un tabacologue, en association ».

4.2.3. Les avantages de l'e-cigarette

4.2.3.1. La e-cigarette : un « moins-pire »

- La plupart des médecins pensent que la cigarette électronique est probablement **moins toxique** pour la santé que le tabac.

A1 : « Apparemment dans ce que j'ai lu ça semble moins toxique, euh, 1000 fois moins toxique que la cigarette, donc je leur dis continuez. Mais je n'ai pas plus d'avis que ça, ça semblerait que ça soit moins toxique jusqu'à preuve du contraire ».

- Quelques médecins en sont **convaincus**.

D4 : « De toute façon ça ne peut pas être pire que le tabac ça c'est sûr ».

D5 : « Moi le vapotage m'a posé aucun problème ça ne me gêne pas intellectuellement je ne vois pas comment ça pourrait être pire que la clope. A moins que scientifiquement... Mais je vois pas comment ça pourrait être pire donc moi tout ceux qui veulent arrêter en vapotant je leur propose volontiers après je ne pense pas qu'on ait éthiquement la possibilité de leur proposer ça d'emblée pour arrêter de fumer à la place des autres substituts qui sont validés médicalement ».

4.2.3.2. Une démarche originale et personnelle du patient

- Certains médecins partagent le sentiment d'une **méthode de sevrage nouvelle** où le patient est **acteur du processus**.

A3 : « Finalement les patients sont acteurs de leur sevrage ? C'est un objectif comme un autre ? »

B3 : « Il y a pas mal d'informations à chercher à droite à gauche. Je trouve qu'il y a énormément de produits, qu'il y a une démarche personnelle qui fait peut-être aussi partie du sevrage... ».

B4 : « Après ce que je reconnais comme novateur dans cet outil, après avoir dépassé mes résistances, c'est que... ben c'est le patient qui a le contrôle de son outil. C'est lui qui va l'acheter, qui choisit le parfum, la concentration. (...) Oui exactement, il ne faudrait pas trop leur enlever ça ».

4.2.3.3. L'efficacité dans le sevrage

- Pour certains médecins, le **sentiment d'efficacité de la e-cigarette dans le sevrage tabagique** en fait un bon outil.

D4 : « *C'est vrai qu'en pratique quotidienne la cigarette électronique ça marche bien ! Ça marche bien ! Il y a des gros fumeurs qui se sont arrêtés (...) En sachant qu'effectivement moi je trouve que j'ai eu pas mal de succès* ».

D5 : « *Par contre ceux qui ont facilement arrêté de fumer avec la cigarette électronique, c'est un nombre non négligeable, je suis comme vous je trouve qu'il y en a pas mal, c'est ceux qui remplacent complètement la cigarette par le vapotage. Ceux-là ils arrivent à arrêter sans problème* ».

4.2.3.4. La conservation du geste, du rituel

- Pour beaucoup de médecins, un des points forts de la e-cigarette par rapport aux autres dispositifs délivrant de la nicotine, **c'est la conservation du geste, de l'acte de « fumer »**.

A2 : « *Mais c'est vrai que je n'y avais pas pensé, c'est peut-être pas bête, quand tu suis les patients qui fument, le plus dur je ne suis pas convaincu que ça soit la nicotine, le plus dur c'est la perte du geste, c'est la perte du lien social (...) La dépendance de la nicotine était la même avant et maintenant. Donc j'ai plus l'impression que c'est le geste social qui fait... C'est pour ça que maintenant ça prend tellement d'ampleur* ».

D3 : « *Le point fort c'est qu'on tente un sevrage progressif puisqu'on maintient 50% de ce qui fait l'addiction au tabac c'est à dire le geste, le contact à la bouche, tout ça on le maintient, ça permet un sevrage progressif pour le patient, il conserve un plaisir* ».

- Mais cet aspect est discutable et ambivalent car il **peut être également considéré comme un point faible**.

C1 : « *Par contre ce qui peut vraiment faire un bon outil c'est que le geste est inchangé. Mais c'est un danger par ce que ça peut dériver facilement vers l'addiction...* ».

D2 : « *C'est ça. Ça maintient la même chose, cette manie. C'est le point fort et le point faible. C'est*

une manie ».

4.2.3.5. La e-cigarette plus économique

- Certains médecins voient dans l'aspect économique un **bénéfice secondaire favorable au maintien de l'abstinence.**

D4 : *« Il y a le point de vue économique aussi. Le gros fumeur va très vite se rendre compte en vapotant qu'il fait des économies. C'est ce qu'ils me disent hein... un paquet de cigarette ça vaut 7 euros, ceux qui fume deux ou trois paquets ça leur fait... (...) Ce n'est pas donné mais c'est moins cher ».*

- D'autres praticiens **ne partagent pas ce point de vue.**

C4 : *« Enfin moi en temps que médecin c'est pas le... encore une fois il faut s'adapter au patient mais je pense pas que l'argument financier m'en ferais en parler plus au patient qu'un autre moyen... non je pense pas ».*

4.2.3.6. L'amélioration du confort de vie

- Pour certains médecins, l'e-cigarette **améliore le confort** de vie des patients.

A2 : *« C'est vrai qu'avec la cigarette électronique, ça pue moins à la maison, ça coute moins chère, y a moins les dents jaunes, on sent moins mauvais, la voiture elle pue pas. C'est vrai qu'au moins ça, ça peut être quelque chose de moins empoisonnant, du moins pour l'entourage ».*

4.2.3.7. Un outil supplémentaire dans un arsenal limité

- Pour un médecin, la e-cigarette doit être considérée car il y a actuellement peu d'outils disponibles et efficaces pour aider au sevrage.

B5 : *« Au jour d'aujourd'hui on a que ça comme outil. Les patches, etc. on a ça et c'est tout ».*

4.2.3.8. L'attractivité de l'objet

- Le côté attractif de l'objet peut **amener les patients vers le sevrage**. Certains médecins pensent que c'est un point fort de l'e-cigarette.

D3 : « *La cigarette électronique c'est un magnifique coup aussi de marketing de publicité etc. il y a pleins de produits, de parfums. C'est joli, c'est de beaux objets il y a tout un truc autour. Ça a existé les fausses cigarettes en pharmacie, c'était un peu du vapotage, et ça s'est complètement écroulé. Peut être que la cigarette électronique va s'écrouler aussi. On verra. En tout cas le point fort c'est ça, c'est engageant, c'est dans l'air du temps. C'est un point fort* ».

4.2.4. Les inconvénients de l'e-cigarette

4.2.4.1. Le danger potentiel pour la santé

- La principale crainte des médecins généralistes est que la cigarette électronique **induisse des effets nocifs** pour la santé, principalement à long terme.

A2 : « *De toute façon, ça paraît tellement logique de se dire que le corps humain est fait pour respirer de l'air et jusqu'à preuve du contraire que si on doit foutre un truc pour respirer n'importe quoi une fois de temps en temps ça va mais toute sa vie c'est pas bon pour la santé* ».

B4 : « *Parce que je ne suis pas sûr que ce soit un produit non dangereux. Euh... (...) Mais moi je ne peux pas les rassurer sur le produit excuse moi. Comment tu fais pour t'en assurer ? (...) Je crois que je l'ai dit assez, des connaissances scientifiques sur le produit et les conséquences sur la santé (...) Moi ce qui m'intéresse c'est savoir réellement l'innocuité du produit (...) Donc si c'est bon pour leur santé il faut les pousser la dedans mais moi je voudrais être sûr que c'est pas mauvais pour leur santé* ».

4.2.4.2. L'inconnue

- Pour certains, **l'inconnue qui risque de persister encore longtemps autour du dispositif** et de ses produits fait parti des freins à la prescription.

A1 : « *Je me demande comment on peut avoir des études scientifiques sur un produit de commerce. C'est difficile parce que tu n'auras jamais d'études, c'est ça le problème. Qui va faire une étude ? Comparer la cigarette électronique versus quoi ? Ou suivre un utilisateur pendant 10 ans ?* »

- Pour d'autres, **l'inconnue fait parti du « jeu »** et le médecin doit savoir **prendre des risques**.

B5 : « Je me dis toujours qu'on va mieux connaître ce produit dans quelques temps. Il sera toujours temps d'arrêter. Si en attendant on a permis à un tas de gens de moins fumer ou d'arrêter de fumer... c'est toujours ça de gagné. Peut-être que je joue avec le feu mais tant pis. Si on prend des risques on va jusqu'au bout. Enfin oui, ça me gêne pas... (hésitation) oui... de courir un risque. Ça ne me pose pas de problèmes de conscience. Et J'ai l'impression de quand même faire quelque chose pour répondre à une question ou parfois je n'ai pas d'autre solution. (...) Maintenant dans quelques années on va me dire qu'il y avait des inconvénients mais on est en 2014, oui d'accord, mais 2014 c'est comme ça, on verra bien en 2020 ».

4.2.4.3. Remplacer une addiction par une autre addiction

- La susceptibilité de **générer une nouvelle addiction** en utilisant la e-cigarette comme outil de sevrage tabagique est une crainte grandement partagée. Elle est principalement liée au geste qui est conservé et à l'attractivité du produit.

A2 : « Moi je voudrais revenir sur ce que tu disais tout à l'heure en parlant de doudou. Avant les gens, on les voyait fumer, ou on les voyait pas il fumait pas. Là on dirait qu'ils ont la tétine autour du cou, on a l'impression qu'il y a une addiction différente ».

4.2.4.4. La cigarette électronique n'est pas un outil efficace

- Quelques médecins **doutent de l'efficacité de l'outil pour aider les patients à sortir du tabac**, par des retours d'expériences.

A1 : « J'ai des gens qui disent c'est une saloperie et que ça sert à rien (...) En général ceux chez qui ça n'a pas marché c'est ceux qui se lèvent le matin et qui allument directement une cigarette tu le retrouves ».

- Un médecin considère l'outil **inefficace dans sa capacité à délivrer de la nicotine** et de ce fait ne présente aucun intérêt pour les patients dépendant pharmacologiquement.

A1 : « Par rapport à une cigarette normale c'est fini les décharges de nicotine dans le sang tu n'as rien du tout avec la cigarette électronique. (...) Si t'as un vrai fumeur qui est vraiment addicté à la nicotine en aucun cas la cigarette électronique ne peut l'aider à un sevrage de la nicotine. Tu as

rien comme apport de nicotine. Donc le gars a chaque fois qu'il fume une cigarette il va avoir une montée de nicotine au niveau de son cerveau. Avec la cigarette électronique il n'y a rien. Donc de toute façon moi j'en ai dans ma clientèle ceux qui ont besoin d'un doudou etc. Mais les vrais accros à la nicotine tu leur parles de la cigarette électronique : zéro parce que tu n'apporte rien. C'est pipeau (...) Il n'y a rien du tout. On te dit que tu mets 12 mg etc. La réalité dans le sang et niveau de ton cerveau ça t'apporte rien. Quand tu fumes, c'est aussi rapide au niveau de ton cerveau qu'une intraveineuse, mais là c'est de la vapeur d'eau ».

4.2.4.5. La perte du contrôle médical

- Certains médecins soulignent que le **shunt médical** occasionné par la cigarette électronique peut être **nuisible dans le maintien de l'abstinence** ou **biaiser l'évaluation** par le médecin de l'efficacité dans le sevrage.

A1 : « Ça tu le sais que chez les gens que tu interrogues. C'est pour ça qu'il y a un biais. Y'a des gens qui l'ont fait ils t'ont jamais demandé ton avis et tu ne sauras jamais, tu n'auras pas de retour ».

C1 : « Parce que la j'ai l'impression qu'en consultation on leur dit il faut arrêter la cigarette et passer à la cigarette électronique mais on perd la main sur la chose. On a aucune maîtrise de la pratique, on ne sait pas ce qu'ils font avec (...) Le problème c'est que je trouve qu'on a pas la maîtrise de... (...) Pas forcément mais d'évaluer, de pouvoir encadrer la pratique du patient ».

4.2.4.6. Une référence trop importante au tabagisme

- Pour certains médecins, **la cigarette électronique doit se différencier d'une cigarette traditionnelle** pour être efficace dans le sevrage.

B5 : « Est-ce que vous savez qu'ils ont essayé de faire des cigarettes qui ressemblaient vraiment à des cigarettes ? J'ai vu ça, le patient est venu il me l'a décortiqué, il a ouvert le capot mais il était pas très content car c'était difficile à manipuler. Il mettait très peu de produit. Mais ça c'est pervers vraiment ; parce que niveau du poids, de l'aspect c'est vraiment la clope quoi ! (...) Mais la cigarette électronique c'est plus gros, il faut pas que ça perde ce créneau là sinon ça va devenir compliqué de se sevrer ».

- Pour un médecin, **le nom** donné à l'outil n'est pas adapté.

C4 : « *Déjà il y a le mot cigarette dedans* ».

4.2.4.7. Un risque de mésusage

D4 : « *Après on peut craindre que les gens se servent de ça pour aller inhaler de la cocaïne, de l'héroïne en poudre, du crack* ».

4.2.4.8. Une porte d'entrée vers le tabagisme ?

- Même si elle sort du cadre du sevrage tabagique, une des craintes exprimées par les médecins est de voir se développer **un accès vers le tabac**, notamment chez les plus jeunes du fait de l'émergence de la cigarette électronique.

B4 : « *Pour la mode ! C'est la mode ils sont tous fous de ça. (...) Et ça risque d'amener vers une addiction au tabac. Enfin, à la nicotine puis au tabac* ».

4.2.5. Les attentes des médecins généralistes

4.2.5.1. Des preuves scientifiques

- Les médecins se sentent **peu informés** au sujet de la cigarette électronique et regrettent le **peu d'études** sur la toxicité et l'efficacité dans le sevrage à ce jour. Il est difficile de conseiller les patients en l'absence de données validées.

C2 : « *Ce qui pourrait changer ces les études. Je pense qu'on est tous d'accord le dessus (...) Oui voilà pour changer notre vision. Moi en l'occurrence la seule chose qui pourrait me faire changer de vision éventuellement c'est les études mais euh bon il faudrait que ça soit de grosses études bien faites et puis il faut voire ce qu'on étudie parce qu'il y a la toxicité, l'effet sur la dépendance au geste, etc.... mais à mon avis c'est pas dans l'ordre du faisable* ».

4.2.5.2. Une formation à l'outil

- Les médecins souhaitent **être formés à l'outil** pour conseiller leurs patients et encadrer leur sevrage.

A3 : « La cigarette électronique je n'ai jamais manié, je ne sais même pas les dosages (...) Mais personnellement c'est vrai que je n'ai jamais manipulé ne serait-ce qu'une cigarette électronique (...) Ça serait bien d'avoir un cahier des charges comme pour une imprimante avec une cartouche qui fait 6000 pages, un tonnerre qui en fait 18 000 etc. Il faudrait qu'on sache combien mettre de cartouche avant que le dispositif soit usé. Parce que là j'en sais rien ce que tu peux mettre... ».

D4 : « Un sujet pour la FMC auquel je viendrais volontiers c'est faire venir un tabacologue et un pneumologue qui nous fassent un truc sur la cigarette électronique ».

4.2.5.3. Du recul

- Outre la nécessité d'**avoir du recul** pour connaître les effets à long terme sur la santé, les médecins ont besoin de temps pour juger l'efficacité sur le sevrage.

A4 : « Moi je pense que c'est difficile avec 10 histoires de chasse de pouvoir en tirer quelque chose d'objectif ».

C2: « Parce que je considère qu'on a... c'est vraiment quelque chose de trop récent pour que nous en temps que médecin on puisse donner un avis formel la dessus (...) Après il faut s'inspirer de ce qui s'est déjà passé ... c'est peut être un petit peu brutal... avec le Mediator®, avec les patients qui n'arrivaient plus, le médecin qui disaient « bon je prescris le Mediator® ». Finalement... bon avec le recul on sait que c'était peut être pas une bonne idée. Je pense qu'une partie des médecins se sont peut être enflammés sur cette molécule en pensant que c'était la méthode miracle... Comme ça pourrait être le cas avec la cigarette électronique ».

4.2.5.4. Des normes pour l'e-cigarette et ses produits

- Les médecins souhaiteraient voir apparaître **des normes strictes permettant de garantir la qualité et sécurité des produits**. L'hétérogénéité du marché actuel les inquiète.

B4 : « Est-ce qu'il y a des normes de sécurité ? (...) Ben disons que le fait que ça devienne un dispositif ou le fait d'être un produit aux normes, ça donnerait une impression de sécurité. Donc ça me rendrait à moi le conseil plus aisé (...) Donc il faudrait trouver un moyen de rendre ce produit normé et 'secure' mais sans forcément que ça soit un produit médicalisé strict et lui laisser le côté mode qui à nous peut nous servir pour l'hygiène de vie des choses ».

D4 : « *Il doit y avoir des normes pour que le produit soit de qualité (...) il doit y avoir des normes. Les normes NF, les normes européennes* ».

4.2.5.5. Des protocoles

- Certains médecins souhaiteraient qu'on définisse des protocoles ou un cadre d'utilisation à proposer au patient **pour encadrer** leur sevrage par la cigarette électronique

C1 : « *Moi ce qui me gêne c'est qu'on peut pas établir de plan personnalisé pour le patient (...) Ben on peut pas lui dire : 'on va faire comme ci, comme ça' et on adapte en fonction des consultations, de son état et du retour qu'on a du patient vis à vis de cette consommation quoi...* ».

D4 : « *Un schéma (...) peut être que les industriels n'ont pas intérêt que ça sorte les protocoles. Parce que sinon c'est l'abandon du vapotage* ».

4.2.5.6. Le cadre réglementaire

- La totalité des médecins souhaiteraient un **cadre réglementaire clarifié**. De manière générale, il existe une attente vers plus de sécurité, des règles pour éviter les dérives.

B5 : « *Il faudrait réglementer le produit pour qu'il ne soit pas nocif, et que ce qui est vendu réponde à des critères précis* ».

- Certains médecins souhaiteraient que l'e-cigarette soit considérée légalement comme un **dispositif médical**, condition nécessaire pour pouvoir être un outil de sevrage.

A1 : « *Si on considère que c'est un matériel médical, quel est le cahier des charges de ce matériel médical ? Comme tu vas avoir pour un lecteur de glycémie etc. (...) Pour en revenir à ce que tu disais, les vendeurs de cigarettes électroniques te disent que c'est pour un sevrage donc si tu dis que c'est pour le sevrage tu le considère comme un matériel médical et donc ça doit avoir la réglementation des matériels médicaux. C'est ça l'ambiguïté. Eux te disent que c'est pour du sevrage alors qu'en fait c'est faux et ils n'ont aucun critère de matériel médical supposé être un support au sevrage* ».

- Certains médecins souhaitent que les e-liquides soient suivies comme des **médicaments**.

A2 : « *Le seul moyen c'est de dire que c'est un médicament, un traitement. On ne peut pas vendre*

du Subutex® au marché du coin. Pourquoi laisser vendre un produit que tu vas fumer à la place d'un autre produit qui est toxique par des gens... Si c'est un sevrage, c'est un médicament, si ce n'est pas un sevrage, ce n'est pas un médicament. Donc si c'est pas un médicament ce n'est pas un sevrage ».

- D'autres médecins pensent que la cigarette électronique et ses produits **ne doivent pas être considérés comme des produits médicaux**

B1 : « Oh pas du tout ! Il ne faut pas que ça devienne un produit médical sinon ils ne vont pas le prendre. Il faut que ça reste un produit de luxe, un peu festif, un truc comme ça. (...) Ça ne doit pas être un dispositif médical. (...) Psychologiquement c'est pas possible, il faut absolument pas que ça soit en pharmacie, il faut que ça garde ce côté un peu snob parce que c'est marketing derrière, ça c'est pas mal si on veut faire arrêter ».

- Certains souhaitent que la **délivrance des produits** se fasse en pharmacie

C4 : « Si le but c'est que ça soit un moyen de sevrage il faudrait que ça soit vendu en pharmacie en fait. Sur ordonnance ? Je pense pas que ça soit nécessaire dans arriver là car les patchs et les comprimés à sucer c'est sans ordonnance ».

- Un médecin suggère d'**interdire la vente des produits sur internet**

A1 : « On ne peut pas acheter ses cigarettes sur Internet, il faudrait que ce soit la même chose pour la cigarette électronique ».

4.2.5.7. Traçabilité et sécurité des produits

- Les médecins souhaitent une meilleure **identification des composés** présents dans les e-liquides et de la **provenance des produits**.

A3 : « Qu'il y ait une traçabilité. Si il y avait qu'un seul fournisseur de produits mais... il y en a partout. Ça peut venir de France, de Chine ... On ne peut pas faire de généralités ».

A4 : « Il faudrait déjà essayer de savoir ce qu'il y a dans les recharges, une identification de ce qu'on trouve dans le liquide des ces recharges en fait, donc les différentes composantes entre l'eau qui est supposé avoir, la liste des produits, ça serait déjà la première étape... ».

4.2.6. Construction de l'opinion

4.2.6.1. Les articles et documents spécialisés

- Les représentations des médecins se construisent autour d'une **littérature médicale pauvre**.

D4 : « *Moi j'ai vu passer des articles et des études scientifiques. Il y a eu quand même quelques articles publiés par des tabacologues, des tout petits trucs* ».

4.2.6.2. Les avis d'experts

- Certains médecins construisent leur opinion à travers **les avis d'experts** retrouvés dans des rapports, FMC ou dans les médias.

A1 : « *J'ai cru voir un truc de l'Académie de médecine sur la toxicité de la cigarette électronique et voilà* ».

4.2.6.3. L'entourage

- L'expérience des vapoteurs dans l'entourage est parfois **source d'information pratique** pour les médecins

B5 : « *Pour certains je leur pose des questions, c'est pas dans mon cabinet hein mais des relations amicales pour essayer de me faire une expérience, alors je ne sais pas ce que ça vaut ? Mais je trouve qu'ils ont beaucoup d'informations à me donner. Sur la manière qu'ils ont de gérer ça, sur les produits* ».

4.2.6.4. Les patients

- La plupart des médecins **se forment et s'informent grâce à leurs patients**

B5 : « *Je n'ai reçu aucune formation, aucune, je n'ai jamais rien appris sur l'e-cigarette, j'ai appris petit à petit, les patients m'ont beaucoup appris, les trucs parfumés, la nicotine, diminuer au début etc.* ».

4.2.6.5. Les médias

- Les **médias** sont évidemment une source d'information : ils ont tendance à décrire la e-cigarette comme moins nocive.

B5 : « *Et puis un jour je suis tombé sur une émission qui s'appelle « Le téléphone sonne » sur France Inter, et il y avait un professeur de pneumologie dont j'ai oublié le nom, et qui défendait la e-cigarette. Il disait : c'est mieux que rien, la nicotine que la toxicité du tabac, la fumée de cigarette, la chaleur de la fumée inhalée, la toxicité du filtre, la toxicité du papier. Et ses arguments m'ont convaincu* ».

4.2.6.6. Les recommandations des sociétés savantes

- Le discours des sociétés savantes et agences de santé est globalement **peu entendu**. Il n'a pas ou peu influencé le raisonnement des médecins.

A2 : « *Elles se positionnent mal (...) Le problème des sociétés savantes et qu'elles ont le cul entre deux chaises comme nous. Ils ne doivent pas en savoir tellement plus* ».

A4 : « *Que vaut l'avis d'une société savante qui n'est qu'un consensus d'experts sans étude derrière ? Donc le fait que ça émane d'une société savante c'est pas forcément source de vérité scientifique même si une société savante se positionne sur le sujet des cigarettes électroniques ou de tout autre sujet médical brûlant* ».

D4 : « *Ben elles n'existent pas. (...) Mais ils ne se sont pas mouillés. Ils te disent pas c'est bon vous pouvez y aller* ».

4.2.7. Le phénomène e-cigarette

4.2.7.1. Un objet de mode

- La cigarette électronique est **vue par de nombreux médecins comme une mode**.

B3 : « *Je suis assez surpris, enfin il y a une mode et c'est en train de se développer à grands pas,*

on n'en trouve partout dans tous les coins de rue, des vendeurs de produit ».

B4 : *« Parce que moi j'ai l'impression que c'est la mode, les jeunes... ».*

4.2.7.2. Une autre façon de fumer

- Pour certains médecins, le vapotage **diffère de l'acte de fumer** en pratique.

C1 : *« Par contre on a l'impression que la consommation ... à la bouche, si je peux m'exprimer ainsi... augmente entre la cigarette et la cigarette électronique. Ils passent de 15 cigarettes, 20 par jour à la cigarette électronique en permanence portée à la bouche ... »*

4.2.7.3. Les intérêts économiques

- Pour quelques médecins, le marché de l'e-cigarette est lié à des intérêts économiques puissants, avec le **risque qu'il ne soit pas mis au service des malades**

A2 : *« C'est un marché énorme. Mais maintenant les études scientifiques vont être biaisées à une vitesse grand V ».*

D2 : *« À qui profite le crime ? (Rires). A qui profite le vapotage ? Ce n'est pas forcément à celui qui vapote. Il y a toute l'industrie là-dessous et puis les distributeurs. Est ce qu'ils sont vraiment contrôlés ces gens-là ? Sur le plan industriel c'est vrai que ce n'est pas net, ce n'est pas clair. Qui fabrique tout ça ? Ça profite là. On ne sait pas si c'est évalué ça. On n'a pas les chiffres ».*

- Un médecin a exprimé son inquiétude vis à vis de la **rapidité d'expansion des magasins spécialisés**.

A3 : *« Ce qui semble inquiétant c'est toutes les boutiques qui fleurissent comme ça ».*

- Certains s'inquiètent que le marketing soit **ciblé sur les jeunes**.

B4 : *« Est-ce que vous avez des patients d'un certain âge qui vapotent ? Parce que moi j'ai l'impression que c'est la mode, les jeunes... (...) La campagne marketing elle est basée sur les jeunes donc moi ça me dérange de conseiller un produit qui... J'ai assisté à des réunions de marketing où ils expliquent comment on va vendre ça, quelle population on va cibler... En tant que médecin ça dérange quand même ».*

- Certains pensent que des **actions de lobbying** doivent exister mais ne savent pas où elles se situent par rapport à l'industrie du tabac.

B3 : « *Aucune idée (...) En bien ou en mal. Je ne sais pas s'ils poussent d'un côté ou de l'autre. Parce qu'à un moment il était question qu'ils s'emparent de ce marché (les cigarettiers) ».*

5. DISCUSSION

5.1. VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE

5.1.1. Qualité méthodologique

Le choix de la méthode qualitative est pertinent du fait de la nature des données à explorer.

Il s'agit d'un sujet d'actualité et polémique, d'un phénomène de société récent pour lequel peu de données sont disponibles.

Peu d'études qualitatives ont exploré ce domaine et aucune ne s'est intéressée aux pratiques des médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. Au moment du dépôt de notre sujet de recherche en cellule thèse, aucune thèse de médecine répertoriée n'avait exploré le champ des médecins généralistes.

L'approche qualitative était la meilleure selon nous pour répondre à la question posée. Le vide d'études concernant ce sujet, dans la situation des soins primaires, ne nous permettait pas d'émettre une hypothèse de départ et de construire une méthodologie quantitative. De plus, la méthodologie qualitative est particulièrement adaptée à l'étude des phénomènes sociaux.

Il s'agit donc d'une étude originale, permettant de mieux comprendre le positionnement du médecin généraliste vis à vis de la cigarette électronique et la place de ce dispositif dans l'aide au sevrage tabagique.

Nous avons réalisé des entretiens collectifs semi-directifs (focus group). Le sujet de notre étude ne semble pas être tabou mais plutôt susciter de nombreuses interrogations.

La force de notre étude repose donc sur le fait d'avoir utilisé la dynamique de groupe.

L'interaction entre les personnes interrogées et les confrontations des expériences et des opinions permettent de favoriser les échanges et de faire émerger d'avantage d'idées que par l'entretien individuel.

Les limites de cette méthode d'entretien reposent sur le fait que parler en groupe peut freiner l'expression de certaines idées, par crainte du jugement d'autrui. Ou bien inhiber la parole de certains qui par timidité restent en retrait de la discussion.

Cet aspect-là semble avoir été assez marginal puisqu'une certaine liberté de parole s'est rapidement installée dans les différents groupes. En effet, le modérateur veillait, en toute neutralité, à la bonne décontraction de l'échange, à lever les inhibitions de certains et tempérer les monologues des interlocuteurs plus prolixes.

Le manque de neutralité du modérateur qui est également le directeur de la thèse pose un problème méthodologique. Il fait parti des investigateurs de l'étude et est lui-même médecin généraliste. On peut souligner ici le manque de moyens financiers à disposition pour s'affranchir de ce biais méthodologique.

5.1.2. Biais

5.1.2.1. Biais d'interprétation

L'analyse du discours a été réalisée par une seule personne, l'observateur, étant également l'investigateur de l'étude et ayant une expérience personnelle du tabagisme et du vapotage.

Pour remédier à ce biais, il serait intéressant de réaliser un double codage par une personne extérieure à l'étude, neutre, et formée à l'analyse du discours des études qualitatives. Mais il s'agit d'un travail long, et le manque de moyen dans le cadre d'une thèse de médecine générale rend difficile cette double analyse.

Il est à signaler en revanche, que les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer, ni avec l'industrie du tabac, ni avec le commerce d'e-cigarette.

5.1.2.2. Biais de recrutement

Du fait de la rigidité organisationnelle liée à la méthodologie des *focus group* nous devons sélectionner des bassins d'activité médicale circonscrits autour du lieu de réunion.

Pour la première séance et la troisième séance se déroulant à Nice à la faculté de médecine, le recrutement de médecins s'est fait par mail ou par téléphone via l'annuaire téléphonique et l'annuaire des médecins généralistes enseignants dans le secteur géographique de Cagnes-sur-Mer, Falicon, Nice, Saint-Laurent du Var et Villefranche-sur-Mer.

Pour la deuxième séance se déroulant dans un cabinet médical aménagé en salle de réunion à Menton, le recrutement s'est fait en contactant un groupe de pairs sur la ville de Menton.

Enfin pour la dernière séance se déroulant dans un cabinet médical aménagé en salle de réunion à Cannes, le recrutement s'est effectué via l'annuaire téléphonique en contactant les médecins de Cannes, Cannes-la-Bocca, Mandelieu et Le Cannet.

Nous avons donc essayé d'étendre la population de notre étude d'Est en Ouest au niveau du département, au niveau du littoral c'est à dire dans les bassins médicaux urbanisés.

Notre manière de recruter a, de fait, exclut l'arrière pays azuréen, ce qui peut nous être reproché. Là encore les difficultés d'organisation rendent difficile la réalisation de *focus group* dans les zones de faible concentration médicale.

La population ainsi que la démographie médicale étant essentiellement concentrée au niveau du littoral dans notre département, nous pensons que notre étude reste cependant représentative. Même si en approche qualitative, la représentativité n'est pas nécessaire nous souhaitons que notre échantillon soit caractéristique de la population pour permettre une plus grande diversité.

5.1.3. Autres difficultés

Des difficultés ont été rencontrées dans le recrutement des participants.

En effet, les médecins généralistes ont souvent des emplois du temps surchargés et sont donc difficilement accessibles.

De plus, il faut souligner la rigidité organisationnelle des entretiens en groupe. Les réunions devaient se dérouler le soir en semaine (en général après les consultations), idéalement dans un lieu proche du lieu de travail des participants, un jour où les participants pouvaient se rendre disponibles.

De plus, les désistements de dernière minute peuvent être problématiques car ils exposent au risque de sous-effectif, et recruter un trop grand nombre de médecins peut également nuire au bon déroulement de la séance.

5.2. VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE

5.2.1. La population

La population étudiée dans cette étude était des médecins généralistes. La moyenne d'âge des participants était de 52 ans. Elle correspond à la moyenne d'âge observée chez les généralistes du département (53 ans). Le genre féminin était légèrement sous représenté dans notre étude (22%), alors que 40% des médecins généralistes du 06 sont des femmes. Le taux de réponses favorables lors du recrutement téléphonique était sensiblement supérieur chez les hommes dans notre étude. Ces écarts retrouvés peuvent être attribués au faible échantillonnage.

Le taux de médecins libéraux était de 100 %, ce qui était attendu du fait du mode de recrutement. Le mode d'exercice des médecins généralistes du département était en 2013 selon le conseil de l'ordre, réparti de la façon suivante : 63,5% d'exercice libéral, 8,6% d'exercice mixte et 27,9% d'exercice salarié (24).

5.2.2. La place de l'e-cigarette dans la pratique

Dans notre étude, l'ensemble des médecins généralistes adopte l'attitude de ne pas décourager un patient ayant décidé de sortir du tabac par la cigarette électronique. Cette pratique s'explique par le fait que le médecin attache une importance à respecter les choix et motivations du patient. Elle correspond aussi à celle recommandée par l'HAS en 2014 (25) : « *La cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour comme outil d'aide à l'arrêt du tabac, car son efficacité et son innocuité n'ont pas été suffisamment évaluées à ce jour. La HAS considère en revanche que, du*

fait de sa toxicité beaucoup moins forte qu'une cigarette, son utilisation chez un fumeur qui a commencé àvapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée ».

Par contre, dans le cas où le patient n'a pas commencé à vapoter, la pratique des médecins est différente. Certains ne suivent pas l'HAS et proposent la cigarette électronique à leurs patients. La cigarette électronique fait partie intégrante de leur arsenal thérapeutique. Cette pratique ne semble pas isolée puisqu'un sondage réalisé du 25 janvier au 10 février 2015 auprès de 600 professionnels de santé sur internet par le site Journal International de Médecine (JIM), montrait que 47% des professionnels de santé recommandent l'e-cigarette pour le sevrage tabagique (26).

Recommandez-vous la e-cigarette pour le sevrage tabagique ?

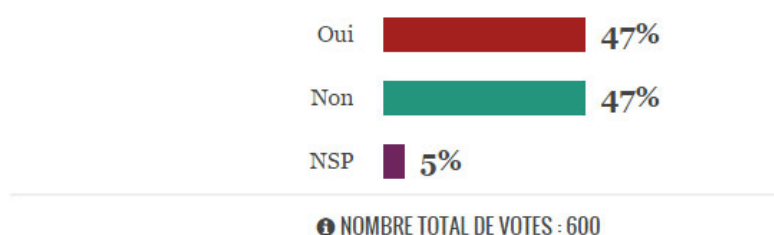


Figure 5 : Résultats du sondage réalisé par le JIM (26)

Certains médecins, réticents à aborder le sujet de la cigarette électronique, peuvent être amenés à modifier leur ligne de conduite au cas par cas. En particulier chez les très gros fumeurs pour lesquels les tentatives de sevrage antérieures ont échoué et ceux dont le risque cardio-vasculaire est élevé.

A l'inverse, certains médecins « prescripteurs », exercent de la retenue dans le cas notamment où le patient est mineur.

La cigarette électronique n'a pas le statut d'un médicament, ni d'un dispositif médical. Elle est un produit de consommation courante ordinaire. Si elle est considérée comme un outil de sevrage du tabac, elle est *ipso facto* un outil dans l'arsenal thérapeutique du médecin. La France n'a pas vraiment tranché sur cette classification. L'ANSM est le seul organe officiel ayant décrit les conditions dans lesquelles les e-cigarettes peuvent être des produits de consommation courante :

- elles ne doivent pas revendiquer d'effet bénéfique pour la santé,
- elles doivent contenir moins de 10 mg de nicotine avec une concentration inférieure à 20 mg/ml.

Dans les faits, les arguments des vendeurs et les motivations des consommateurs sont en lien étroit avec la notion de sevrage tabagique.

La réalité du phénomène fait qu'aujourd'hui chaque médecin est confronté à des patients vapoteurs et qu'il doit s'adapter et trouver sa place dans ce flou juridique. Ceci explique peut-être en partie la diversité des pratiques.

La thèse d'exercice du *docteur Voarick* (27), soutenue en 2015, étudiait les perceptions et les représentations des médecins généralistes d'Ile-de-France vis à vis de la cigarette électronique et du sevrage tabagique. Les résultats sur les pratiques des médecins généralistes étaient comparables à ceux de notre étude, en particulier sur la dichotomie entre les médecins partisans et « prescripteurs » et les médecins opposés à l'utilisation d'un outil insuffisamment validé. On y retrouve également les stratégies d'utilisation différentes en fonction du patient (au cas par cas).

5.2.3. L'accompagnement du vapoteur

Si le sevrage par la cigarette électronique est mal connu et mal maîtrisé par les médecins généralistes, la majorité d'entre eux s'accordent à dire que le processus de sevrage et le maintien de l'abstinence passe par un suivi régulier et un accompagnement. Celui-ci est chronophage et parfois difficile à réaliser mais c'est un temps essentiel.

L'arrêt du tabac est rarement un motif de consultation unique mais pour le médecin généraliste, cela mérite une consultation dédiée.

Quel que soit l'outil utilisé pour réussir le sevrage, rien n'est « miraculeux ». Il faut du temps, revoir le patient régulièrement. Si la place de la cigarette électronique n'est pas clairement définie en l'état actuel des connaissances, le rôle du médecin généraliste reste quelque-part inchangé. La place de la e-cigarette dans le sevrage, si elle existe, est de toute manière au côté des stratégies motivationnelles et comportementales comme dans toutes les addictions.

Face au désir d'un patient de se sevrer du tabac par la cigarette électronique, ou face à un patient ayant déjà fait le choix de cet outil, la plupart des médecins adoptent en pratique l'attitude d'encourager la démarche et de positiver, même si certains restent sceptiques sur la méthode utilisée. Ils essayent d'être dans le « renforcement positif », plutôt que d'avoir un discours « culpabilisant », afin aussi de « renforcer la relation médecin malade ».

Cette position du médecin s'explique par la nécessité de ne pas décourager la motivation d'un patient désirant se sevrer de son addiction. Certains soulignent que c'est la décision du patient et qu'il faut respecter son choix, sa liberté. Le patient a ses propres représentations qui sont parfois différentes de celles du thérapeute, mais le médecin doit les prendre en compte et s'adapter à celles-ci dans l'intérêt du malade. Ceci est d'ailleurs une belle illustration de ce qu'est la triade de l'EBM : la décision thérapeutique s'articule quelque part à mi-chemin entre les preuves

scientifiques, les préférences et le vécu du patient, et la situation clinique et l'expérience du clinicien (figure 6).

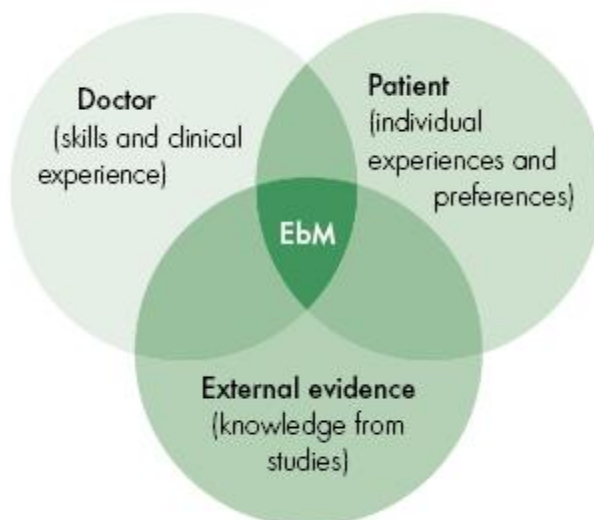


Figure 6 : modèle représentatif de l'EBM.

Observons la figure 6 et essayons de la transposer à notre étude, en nous mettant à la place du clinicien. Les données scientifiques concernant la cigarette électronique sont pauvres. Nos connaissances sur les produits contenus dans l'aérosol d'e-cigarette comparés à ceux contenus dans la fumée du tabac ainsi que les résultats des premiers travaux scientifiques nous permettent d'émettre des hypothèses. En revanche il n'existe pas de preuves scientifiques tangibles permettant d'affirmer aujourd'hui que la cigarette électronique soit réellement efficace, ou du moins qu'elle améliore l'état de santé de notre population et/ou les coûts de santé imputables à nos sociétés, et nous n'avons pas de preuves suffisantes non plus pour dire qu'elle n'est pas dangereuse pour la santé.

L'expérience du clinicien est limitée vis à vis de l'outil en question, par manque de recul, par manque d'expérience et par manque de données scientifiques. En revanche il peut s'appuyer sur son expérience dans le domaine des addictions et du sevrage en général, de son vécu et de son expérience personnelle avec les autres alternatives d'aides au sevrage, pour guider son raisonnement.

Le « cercle patient » semble être ici le cercle prédominant. Ses choix et ses préférences sont construits à partir de son vécu et de ses représentations, et ne sont pas nécessairement influencés par les études ou la science. Par contre, ils sont à la base de la construction d'un processus conduisant à sa volonté de sortir du tabac. Pour que le patient puisse adhérer à sa prise en charge, la décision thérapeutique doit tenir compte de ces éléments.

Connaître la motivation du patient semble être un point important pour les médecins.

Devant l'impossibilité de donner des réponses formelles, notamment lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, les médecins évoquent l'importance d'être à l'écoute, de comprendre et de communiquer. Ils essayent quelque part d'élargir le « cercle patient », afin de pouvoir délivrer les meilleurs conseils. C'est aussi la base de l'entretien motivationnel.

L'HAS propose dans ses recommandations de bonnes pratiques pour l'arrêt de la consommation de tabac (28), le modèle transthéorique développé par *Prochaska et DiClemente* (29), une théorie de changement comportemental basé sur des étapes.

Dans ce modèle, le médecin doit tenir compte du stade où le patient se trouve pour lui proposer un mode d'intervention adapté, d'où l'intérêt de réaliser de manière répétée des entretiens motivationnels.

D'autres médecins choisissent de « passer la main » et proposent au patient de le rediriger vers un spécialiste (l'addictologue).

Il ressort des entretiens que la provenance et la qualité des produits sont un sujet d'inquiétude pour les médecins. L'un d'entre eux conseille à ses patients de s'approvisionner dans les magasins spécialisés plutôt que sur internet, et d'acheter des produits français.

Concernant le vapotage, un des médecins interrogés conseille à ses patients de se saturer en nicotine au départ puis de diminuer ensuite.

D'autres médecins ont aussi ce conseil de décroissance nicotinique progressive mais s'interrogent sur la manière de décroître et à quelle vitesse.

Enfin certains soulignent la nécessité de raisonner le vapotage, d'avoir une consommation modérée, mesurée.

5.2.4. Les avantages de l'e-cigarette

L'analyse du discours dans cette étude fait état d'une certaine ambivalence. Souvent ce qui fait de la cigarette électronique un bon outil, en fait également un mauvais outil. C'est ce qui fait la singularité de ce dispositif.

Malgré le manque de données scientifiques disponibles pour attester de l'efficacité ou non de l'e-cigarette dans le sevrage tabagique et de sa toxicité ou non pour la santé, de nombreux médecins voient la cigarette électronique comme un « moins pire » face au « méchant tabac ».

Avec un arsenal thérapeutique limité à sa disposition, le médecin généraliste étudie toutes les options disponibles et ne peut occulter l'existence de la cigarette électronique.

Certains médecins voient en elle, un outil efficace pour le sevrage, de part le retour positif de leurs patients et un certain succès chez des sujets chez qui les tentatives de sevrage antérieures s'étaient soldées par des échecs. Ils soulignent néanmoins l'absence de recul suffisant dans le temps pour juger d'une réelle efficacité et leur méfiance vis à vis d'une analyse empirique sur de faibles échantillons. Là encore, ils soulignent la nécessité de disposer d'études solides pour pouvoir statuer sur l'efficacité ou non dans le sevrage.

Cette efficacité pourrait être liée selon eux à plusieurs phénomènes.

La cigarette électronique, de part sa galénique et sa manière d'être consommée, conserve le geste de « fumer ». Elle agit donc, en plus d'être un dispositif permettant de délivrer de la nicotine, sur une forme de dépendance comportementale, celle du geste social, celle du rituel, et permet au sujet de conserver un plaisir qui disparaît avec les autres moyens de sevrage.

Certains médecins voient le sevrage alors découpé en deux temps : le temps pharmacologique où l'utilisateur réduit progressivement ses doses en nicotine et le temps comportemental où le sujet se sépare peu à peu de son habitude gestuelle.

D'autres médecins voient ici, la possibilité de rattraper les « fumeurs sociaux », chez qui la dépendance nicotinique n'est pas au premier plan et chez qui les substituts nicotiniques ont alors peu d'efficacité.

Lorsque la cigarette conventionnelle est remplacée par l'e-cigarette on peut observer trois types de comportements chez l'utilisateur (5) :

- le sujet diminue progressivement la concentration en nicotine de son e-liquide pour réaliser un sevrage progressif puis une fois la nicotine éliminée décider ou non d'un arrêt de toute consommation
- le sujet a un usage simplement comportemental de l'e-cigarette mais n'a pas recours à l'inhalation de nicotine
- le sujet entretient son addiction à la nicotine et à l'acte de « fumer » par l'e-cigarette et n'a pas pour projet d'arrêter l'e-cigarette

D'après les entretiens, il ressort que l'efficacité de cet outil dans le sevrage pourrait également reposer sur sa singularité dans le processus décisionnel du patient.

Etant un produit de consommation courante, il existe actuellement un « shunt médical ». Souvent le patient n'a pas attendu l'avis du médecin pour se lancer lui-même dans le processus du sevrage. Il s'agit donc d'une démarche personnelle et originale, où le patient s'autonomise et devient l'acteur principal de son sevrage. Cet aspect-là reste néanmoins débattu car si d'un côté le patient semble plus investi, les médecins craignent une perte du contrôle médical, ou du moins de l'accompagnement du patient, nécessaire au maintien d'une abstinence. Ou alors serait-ce une réticence à utiliser un outil qui désacralise l'acte prescriptif du médecin ?

La motivation du sevrage est multifactorielle chez un fumeur, comme le souligne *Bisotto* (3).

Par retour d'expérience, certains médecins pensent que l'e-cigarette améliore le confort de vie (le souffle, le bien-être, l'odorat, le goût, la suppression des mauvaises odeurs) et permet de faire des économies. Ce sont des éléments importants qui selon eux, peuvent être réutilisés notamment dans le renforcement positif, dans l'accompagnement du patient.

La littérature scientifique est actuellement dépourvue d'études à grande échelle avec méthodologies solides. La plupart des études disponibles sur la sûreté sanitaire des e-cigarettes sont effectuées sur de petits échantillons, avec un suivi des patients sur de courtes périodes. Il existe souvent des conflits d'intérêts chez les auteurs et il existe des contradictions dans les résultats. Néanmoins les données disponibles nous permettent fortement de penser que les risques pour la santé liés à l'e-cigarette sont bien moindres que celle liée au tabagisme (30).

En ce qui concerne le rôle de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique, on retrouve également dans la littérature des résultats contradictoires (31). Deux essais cliniques randomisés ont déjà été réalisés. Le premier essai (32), réalisé en Nouvelle-Zélande, a inclus 657 sujets. Les taux d'abstinence à 6 mois étaient de 7,3%, 5,8% et 4,1% dans les trois bras de l'étude (respectivement : e-cigarette avec nicotine, patchs de nicotine et e-cigarette placebo). L'étude n'a pas démontré la supériorité de la e-cigarette avec nicotine par rapport aux autres traitements, probablement par manque de puissance.

Le second essai randomisé (33), nommé ECLAT s'est déroulé en Italie. Il a inclus 300 fumeurs qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer. Ils étaient divisés en 3 groupes : deux avaient des e-cigarettes avec des concentrations de nicotine différentes, le troisième était un groupe placebo. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de l'e-cigarette, avec ou sans nicotine, réduisait la consommation de tabac et facilitait le maintien de l'abstinence sans causer d'effets indésirables significatifs.

Deux autres essais comparatifs sont en ce moment en cours de réalisation (34)(35).

5.2.5. Les inconvénients de l'e-cigarette

Comme nous l'avons vu précédemment, à l'heure actuelle, du fait du manque d'études et de recul, nos connaissances sont insuffisantes vis à vis de l'estimation des risques sanitaires liés à l'e-cigarette. Ceci nous invite donc à être prudent vis à vis de cet outil. C'est ce que l'on retrouve dans l'attitude de certains médecins qui évoquent le principe de prudence ou de précaution, devant l'inconnue. Pour certains, la cigarette électronique n'a pas (ou peu) de place dans l'arsenal thérapeutique du médecin du fait de cette problématique.

On connaît d'avantage les effets aigus liés à l'inhalation de la « vapeur » que les effets à long terme.

Les principaux effets indésirables retrouvés sont des nausées, des vomissements, des irritations de la bouche et des voies respiratoires, des douleurs thoraciques et des palpitations (36).

La toux est un symptôme fréquent chez les utilisateurs d'e-cigarettes, surtout en début d'utilisation (37). Elle a d'avantage un point de départ ORL que bronchique contrairement à la toux causée par la fumée du tabac. Après quelques semaines, on peut observer de manière transitoire une toux d'origine bronchique, plutôt grasse, liée à la resensibilisation de l'épithélium (la même toux observée chez les ex-fumeurs de tabac en début de sevrage).

Au niveau cardio-vasculaire, l'utilisation de la cigarette est susceptible d'élever la fréquence cardiaque et la pression artérielle, et donc être à l'origine d'évènements aigus chez les personnes à risque (36). Cependant, les études ayant observé le myocarde par échographie après l'utilisation d'e-cigarette n'ont pas retrouvé d'anomalies (38). La plupart de ces effets supposés seraient secondaires à l'effet de la nicotine contenue dans les e-liquides.

D'un point de vue biologique, *Flouris et al.* soulignent l'absence de perturbation de la margination leucocytaires aux parois des vaisseaux sanguins liée à l'inhalation de la « vapeur » d'e-cigarette contrairement à la fumée du tabac (39).

Les études de toxicité à court terme, in vitro, sur les cultures de fibroblastes, montrent que les liquides d'e-cigarette sont beaucoup moins toxiques que la fumée du tabac. Une étude récente montre en revanche que selon les arômes utilisés, la toxicité diffère (40).

Mais on peut également supposer la moindre nocivité à long terme de l'e-cigarette par rapport à la cigarette traditionnelle sur le plan théorique du fait de l'absence de cancérogène connu à des taux significatifs dans les e-liquides (responsables des cancers liés au tabagisme), de l'absence de monoxyde carbone (CO) et de particules solides dans l'aérosol d'e-cigarette (vecteurs de la toxicité cardio-vasculaire et rôle dans la survenue de la BPCO).

En effet, pour *Oh et Kacker*, qui ont analysé les différents composants de l'aérosol d'e-cigarette et de la fumée du tabac, le vapotage serait moins nocif pour la santé (41).

Néanmoins, les produits irritants de l'e-cigarette (différents de ceux de la cigarette) induisent au même titre que la fumée du tabac une augmentation des résistances des voies aériennes à la phase aigüe (42)(43). Le rapport VEMS/CV (volume d'air expiré au maximum en une seconde rapporté à la capacité vitale) est baissé transitoirement de 3% après vapotage versus 7,2% après avoir fumé une cigarette pour *Flouris et al.* (44). Il est plausible de penser qu'à plus long terme les « vapeurs » puissent induire des modifications permanentes de la fonction pulmonaire. *Avdalovic et Murin* soulignent la nécessité d'études sur les effets à long terme, en particulier pour les patients atteints de maladies respiratoires chroniques (42).

Concernant les doutes de certains médecins interrogés sur la capacité de la cigarette électronique à délivrer des doses suffisantes de nicotine (et donc d'être efficace dans l'aide au sevrage), ce qui était vrai il y a quelques années ne l'est plus aujourd'hui. En effet, même si elle restent moins « performantes » dans ce domaine, les e-cigarettes modernes de dernières générations sont capables de délivrer très rapidement des quantités de nicotine du même ordre de grandeur que les cigarettes, comme l'ont démontré plusieurs études (44)(45)(46)(47).

Dans notre travail, la crainte par les médecins généralistes de générer une nouvelle dépendance en utilisant l'e-cigarette comme outil de sevrage tabagique était très marquée.

En effet, selon eux, le potentiel addictif est sous-tendu par plusieurs phénomènes. Il y a d'une part la dépendance pharmacologique à une substance, la nicotine, reconnue pour être addictive. D'autre part, certains soulignent le fait que le vapoteur conserve une autre addiction, comportementale, celle du geste et de l'acte de fumer.

A ce jour, du fait du manque d'étude, le pouvoir addictif de l'e-cigarette n'est pas connu.

Une étude récente suggère que la dépendance soit moins forte avec les e-cigarettes contenant de la nicotine qu'avec la fumée du tabac (48) mais là encore des études solides méthodologiquement doivent venir confirmer ces hypothèses.

Il est nécessaire également de mieux connaître la cinétique artérielle de la nicotine inhalée pour savoir si la cigarette électronique entretient le besoin en nicotine et est susceptible de générer une dépendance. Mais l'hétérogénéité des produits et des dispositifs rendra probablement la généralisation des résultats difficiles.

Cependant le dogme peu étudié et jamais remis en cause selon lequel la nicotine serait responsable de la dépendance liée au tabagisme est contestable. Selon le *Professeur Robert Molimard* (49), la très forte dépendance au tabac ne se résumerait pas à une dépendance à la nicotine, ni à une simple habitude. Il existerait selon lui, à partir de plusieurs résultats expérimentaux, d'autres substances qui joueraient un rôle dans cette addiction. Peu de ces hypothèses ont été explorées, faute d'intérêt des états, des laboratoires pharmaceutiques (qui commercialisent les substituts nicotiniques) et de l'industrie du tabac pour financer de telles recherches.

Comme un médecin interrogé l'a souligné, la dépendance reste quelque chose de très relatif. Être dépendant à une substance ou à un geste, si ce n'est pas nocif pour la santé, est-ce vraiment un problème ? Cette crainte est alors d'avantage liée au risque potentiel à long terme sur la santé de l'e-cigarette mais il faudra probablement plusieurs années voire plusieurs décennies avant de pouvoir statuer sur ce risque.

Un autre médecin voit d'avantage la cigarette électronique comme un produit de substitution (comparaison avec la Méthadone®), moins nocif pour l'individu que le produit substitué. Le caractère addictif de la cigarette électronique pourrait alors être toléré, à condition de prouver que

celui ci est réellement moins nocif. La cigarette est alors considérée ici comme un outil de réduction des risques.

Le problème du potentiel addictif pose aussi la question de l'accessibilité au produit, et donc de la place que la société lui accorde. Le fait que celui-ci soit un produit de consommation courante peut-être un avantage (autonomisation du patient, bénéfice d'un certain shunt médical) mais aussi un inconvénient (accès libre du produit aux non fumeurs, perte du contrôle médical). *Grana* propose de limiter la vente aux officines afin de prévenir le risque d'initiation à la dépendance par la cigarette électronique (50). *Etter*, lui, propose une échelle pour évaluer la dépendance à la cigarette électronique : l'e-CDS (51).

Une autre crainte vis à vis de l'e-cigarette est celle d'être une porte d'entrée vers la dépendance nicotinique puis *in fine* vers le tabac, surtout pour les plus jeunes.

En effet, même si aucune étude ne démontre aujourd'hui l'entrée en dépendance nicotinique par l'e-cigarette, il faut être vigilant. Par son aspect moderne et attractif, sous tendu par un battage médiatique puissant, l'outil, devenu objet de mode, pourrait attirer les jeunes non-fumeurs. Il faudra encore attendre quelques années et avoir un peu de recul pour évaluer ce risque.

Cependant, même en ajoutant les différentes sources de nicotine (tabac plus cigarette électronique), leur utilisation par les collégiens parisiens est en baisse, de 20,2% en 2011 à 16,2% en 2014, comme le souligne une enquête de l'académie de médecine.

Par ailleurs, la loi Hamon de mars 2014 stipule que la vente d'e-cigarette doit être interdite aux mineurs et en avril 2015, les députés ont adopté le projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui comprendra un encadrement de la cigarette électronique avec l'interdiction de propagande et de publicité, directe ou indirecte et un usage restreint dans les lieux public. Pour le moment, nous ne disposons pas d'études ayant prouvé que les mesures de prohibition étaient réellement efficaces.

5.2.6. Les attentes des médecins généralistes

Dans notre étude, les médecins s'accordent à dire qu'il faut clarifier le cadre réglementaire vis à vis de la cigarette électronique.

Certains proposent que la cigarette électronique soit considérée comme un dispositif médical (comme les lecteurs de glycémie) et les « dosettes » comme un médicament, à partir du moment où l'on considère qu'elles sont des produits d'aide au sevrage. Pour ces médecins la délivrance du produit doit se faire en officine, mais pas nécessairement sur ordonnance, comme pour les autres substituts nicotiniques.

Pour d'autres, la nécessité de réglementer n'est pas forcément synonyme de médicalisation. Ceux-là pensent que la force de la cigarette électronique réside dans sa nature à être un objet de consommation courante et que cloisonner sa délivrance en pharmacie pourrait freiner des fumeurs

à franchir le pas. Dans ce cas de figure, des normes strictes appliquées au marché, à la sécurité des dispositifs et des e-liquides, ainsi qu'à leur traçabilité devraient être adoptées.

Certains proposent que la vente sur internet soit interdite comme pour le tabac, afin de protéger les consommateurs contre des produits « frelatés » et limiter l'accessibilité des mineurs.

Quelques médecins proposent d'interdire la publicité et la consommation dans les lieux publics au même titre que le tabac. C'est également le projet du gouvernement en France avec un texte de loi qui est examiné en 2015 par les chambres parlementaires.

Concernant les e-liquides, leur provenance et leur contenu sont des sujets d'inquiétude pour les médecins. Les disparités qui existent dans la composition des produits interrogent. Certains ne connaissent pas les compositions des e-liquides et pensent ne pas être assez informés.

De manière générale, ils souhaitent une meilleure traçabilité, avec une identification précise des composants et de leur quantité.

Bien évidemment, les médecins demandent d'avoir du recul vis à vis du produit afin de pouvoir avoir un jugement moins hypothétique et attendent les résultats des études scientifiques sur la toxicité et sur l'efficacité dans le sevrage.

Ils attendent également des informations d'ordre plus pratique sur la manière d'utiliser l'e-cigarette. Ils souhaitent savoir quels conseils donner au vapoteur. Certains souhaiteraient voir arriver des protocoles permettant d'encadrer la prise en charge, les dosages, la décroissance nicotinique.

Il est difficile pour le moment de répondre à ces attentes car elles sont étroitement liées à des données scientifiques qui ne sont pas encore disponibles. En revanche, les recommandations faites par l'OFT en 2014 (52) permettent de manière synthétique de répondre en partie à certaines de ces attentes.

Une forme d'attente également exprimée est celle de l'esthétique de l'objet « e-cigarette ». Sa ressemblance avec cigarette traditionnelle devrait être évitée. Certains évoquent même la présence « dérangeante » du mot « cigarette » dans l'appellation du dispositif, faisant trop référence au tabac.

En réalité, de plus en plus, les cigarettes électroniques de dernières générations abandonnent le look imitant la cigarette traditionnelle et le terme de « vaporisateur personnel » (VP) et de plus en plus utilisé par les consommateurs, vendeurs et fabricants pour se détacher du milieu du tabac.

5.2.7. Construction de l'opinion

Les médecins interrogés déclarent n'avoir reçu aucune formation pratique sur l'utilisation de la cigarette électronique. Pour la plupart, leurs connaissances à ce sujet viennent du retour d'expérience des patients.

La relation médecin-malade est ici modifiée. Le patient n'attend pas du médecin qu'il lui explique le mode d'emploi. Certains sont d'ailleurs très au fait de l'utilisation de leur dispositif et se sont constitué un vrai laboratoire chez eux. Le médecin s'enrichit de l'expérience de son patient pour fabriquer son opinion et comprendre l'outil. Deux médecins dans notre étude avaient une expérience personnelle vis à vis du vapotage. Pour les autres, ils ont découvert l'objet parce qu'un proche ou un patient utilisait la cigarette électronique.

Le battage médiatique existant autour de l'e-cigarette, avec les débats qu'elle suscite est aussi une source d'information pour les médecins généralistes. Il s'agit alors de débats à la TV ou à la radio faisant intervenir un ou des professionnels de la santé.

Quelques médecins ont construit leur raisonnement à travers des avis d'experts, lors de réunions de formation médicale continue, ou via des rapports (académie de médecine).

Des revues destinées aux professionnels médicaux (Revue du praticien, Prescrire) sont également citées. Deux médecins déclarent avoir reçu une information via une thèse.

En revanche les positions et recommandations des différentes sociétés savantes sont peu connues.

De manière générale, les médecins interrogés pensent qu'ils ne disposent pas assez d'informations concernant l'outil ni de formation quant à son utilisation.

De nombreuses informations sont disponibles concernant la cigarette électronique, principalement sur internet. Celles-ci augmentent de manière exponentielle au fil des ans. La diversité des sources rend le tri difficile. La rigueur scientifique des données est hétérogène.

Le grand public, a accès à une information qui peut être exempte d'approche scientifique voire manipulée (53). Les médecins doivent être conscients de ce phénomène et pouvoir conseiller leurs patients en leur délivrant des informations selon le modèle de l'*evidence based medicine* (EBM).

De nombreuses études scientifiques ont été publiées³. Il s'agit souvent d'études observationnelles ou d'études rétrospectives. Peu d'études comparatives et prospectives, sur de larges échantillons, sont disponibles à l'heure actuelle.

Nous n'avons pas de recul suffisant à ce jour pour connaître le rapport bénéfice/risque de la cigarette électronique sur le long terme.

On ne sait pas si tous les e-liquides sont équivalents. Les cigarettes électroniques varient selon les modèles et les technologies qu'elles embarquent. La qualité de fabrication est hétérogène. Le mode d'utilisation varie d'un utilisateur à l'autre. Tout ceci rend les études difficilement généralisables.

Le « rapport et avis d'expert » sur la cigarette électronique de l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT), qui a aujourd'hui déposé le bilan, est un document d'une richesse remarquable

³ L'utilisation de l'algorithme suivant : (cigarette[Title]) AND electronic[Title] sur PubMed le 27/04/2015 ramène 171 résultats.

(5). Ce travail a accouché en 2014 de recommandations pour la pratique dans un document plus synthétique (52).

- Quelles sont les positions des sociétés savantes et agences sanitaires vis à vis de l'e-cigarette à l'heure actuelle ?

Pour le CNCT (54), il convient d'envisager plusieurs points de vue (celui des fumeurs qui veulent arrêter, celui de protéger les jeunes de la dépendance à la nicotine et le coût pour la société). Selon eux, il est vraisemblable quevapoter soit moins dangereux que fumer (mais ce sont des hypothèses qui doivent être confirmées), la e-cigarette doit être interdite dans les lieux public, vendue exclusivement en pharmacie et interdite aux mineurs. La publicité doit être interdite.

Pour l'HAS (25), « la cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour comme outil d'aide à l'arrêt du tabac, car son efficacité et son innocuité n'ont pas été suffisamment évaluées à ce jour ». Elle considère en revanche que « son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée ». Sa position n'a pas évoluée depuis 2014.

L'académie nationale de médecine a émit un rapport en mars 2015 (55). Elle recommande de « ne pas dissuader les fumeurs qui l'utilisent », car « la toxicité de l'e-cigarette est bien moindre que celle du tabac fumé ». Elle la décrit comme « un outil utile à la réduction de la mortalité, mais aussi de la morbidité tabagique », qui « contribue à aider les fumeurs qui l'ont adopté à se libérer du tabac ». Concernant sa toxicité à long terme, elle est « à l'évidence infiniment moindre que celle de la cigarette traditionnelle ». Elle recommande par ailleurs de réglementer sa fabrication et sa distribution, de favoriser l'émergence d'une e-cigarette « médicament », de maintenir et d'assurer l'application de l'interdiction de vente aux mineurs et de son usage au même titre que le tabac fumé et d'en interdire la publicité sauf dans son utilisation comme méthode d'arrêt si celle-ci est reconnue.

Il convient de préciser que l'émission de ce rapport était postérieure à la réalisation des trois premiers entretiens de notre étude.

L'AFSSAPS (56) s'était positionnée très tôt contre la cigarette électronique et recommandait de ne pas l'utiliser. Devenue ANSM en 2012, elle n'a pas émit de nouvelles recommandations.

5.2.8. Le phénomène e-cigarette

La cigarette électronique est encore jeune mais elle fait déjà beaucoup parler d'elle. C'est un objet de mode, un phénomène de société, une autre façon de fumer. Il existe un battage médiatique et

marketing, une consommation qui croit de manière exponentielle, un risque de voir les jeunes, les non fumeurs, s'emparer du produit.

Par son côté « hi-tech », « classe », « branché », « esthétique », l'e-cigarette est considérée comme un objet de mode, un objet social.

Parce que c'est un objet de mode et parce qu'elle est réputée peu dangereuse, il existe un risque de voir les adolescents s'emparer du produit et s'initier à la nicotine, avec le risque de développer une addiction voire de basculer dans le tabagisme.

Doit-on la rendre moins attractive ? Faut-il lui donner une image plus sobre ? Standardiser sa forme ? Lui enlever ses couleurs ?

Pour un des médecins, le côté marketing et objet de mode qui existe autour de la cigarette électronique participe à son aura, à son plébiscite. La transformer en « médicament » ou en « dispositif médical » et interdire la publicité pourrait selon lui, être un frein à son utilisation.

Pour les médecins interrogés, vapoter est une nouvelle façon de « fumer », dans le temps mais aussi dans l'espace. Les vapoteurs « fument » partout et tout le temps. Parce que ce n'est pas interdit, parce que ça sent bon, parce que c'est sympathique, parce que c'est moderne. C'est un moyen de continuer à fumer sans se faire de mal. Du coup il est plus difficile d'individualiser les moments où l'on « fume », et de ce fait de quantifier combien on vapote.

Cette nouvelle façon de « fumer » pourrait rendre le sevrage plus agréable selon certains médecins, mais le rend-il vraiment plus efficace ?

La cigarette électronique est aussi un marché économique. La vitesse à laquelle « les boutiques fleurissent » peut générer de l'inquiétude. Les intérêts financiers peuvent biaiser les études, du fait de l'existence de conflits d'intérêts. A qui cela va-t-il profiter ?

Les prospectives du groupe financier américain Wells Fargo disent qu'en 2020 le nombre de vapoteurs sera équivalent à celui des fumeurs, et que les chiffres d'affaires des vapoteurs vont dépasser celui des fumeurs (57).

Pour certains, il ne fait pas de doute qu'il existe un lobbying. Aucun d'entre eux ne sait si l'industrie du tabac « pousse » du côté de la cigarette électronique ou de l'autre.

En revanche certains pensent que le marché est volontairement orienté vers les jeunes, et que de ce fait, le marketing autour de la e-cigarette est « dérangeant ».

Certains groupes de l'industrie du tabac investissent actuellement dans la cigarette électronique.

5.3. PERSPECTIVES D'AVENIR

La cigarette électronique est un phénomène de société, vraisemblablement plus qu'un produit gadget. Elle interroge nos schémas de pensée, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les politiciens de santé. Elle est plébiscitée par les consommateurs, qui sont très majoritairement des fumeurs ou ex-fumeurs. Elle s'impose petit à petit comme une solution possible et nécessaire pour sortir du tabac.

Bien évidemment, il faudra à l'avenir observer ce phénomène. Dans les prochaines années, on doit voir apparaître des résultats d'études prospectives randomisées avec des cohortes suivies sur de plus longues périodes. Elles permettront d'éclaircir les effets sur la santé liés aux produits du vapotage et de mieux connaître leur impact sur la diminution du tabagisme.

Les études scientifiques vont nous permettre d'affiner nos connaissances mais nous ne pouvons pas tout attendre de la science des laboratoires parfois trop éloignée des réalités humaines.

Une des perspectives possible est que la cigarette électronique devienne un outil efficace de réduction des risques, à défaut d'être un dispositif permettant *in fine* une abstinence nicotinique complète.

Selon Alain Morel (57), le XXe siècle a inventé la dichotomie entre les mauvaises et les bonnes drogues. Pour les unes, la société a déterminé des politiques de pénalisation et de prohibition, et pour les autres, elles se sont intégrées dans nos cultures et ont simplement été réglementées pour en faire un bon usage, modéré. Un autre dogme du XXe siècle était celui, en addictologie, de penser que l'abstinence était la seule voie possible pour les personnes addictes. Les dernières décennies ont vu d'autres façons de penser et d'intervenir, notamment dans le champ des drogues licites. Les drogues ne sont plus considérées comme bonnes ou mauvaises, mais toutes provoquent des méfaits et des bienfaits. Une nouvelle approche dite de « réduction des risques », d'abord appliquée aux drogues illicites tente de réduire les méfaits des substances et des risques de leur usage. Ces politiques ont un impact positif de santé publique. C'est ainsi que se sont progressivement installées, non sans polémiques, la seringue stérile, la Méthadone, les salles de shoot. Dans le domaine de l'alcoologie, on a vu apparaître le phénomène Baclofène®. Et maintenant, la cigarette électronique.

La e-cigarette « donne aux fumeurs un pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur addiction sans les priver du plaisir. Elle permet à l'usager de réaliser le changement au niveau qu'il choisit, elle peut faciliter l'arrêt mais facilite d'abord la réduction des risques » (57).

Les études de prévalence du tabagisme en France montrent une diminution des ventes de tabac contemporaine de l'émergence de la cigarette électronique (58). S'il est difficile d'évaluer précisément l'impact de l'e-cigarette sur la réduction de ces chiffres, l'avenir permettra de préciser la tendance.

La question de la cigarette électronique n'est pas qu'une question médicale et il faudra également définir, ou du moins clarifier, la place qu'on lui accorde dans la société.

Cette discussion doit réunir les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le tabac, qu'ils soient politiciens, addictologues, médecins généralistes, médecins de santé publique, sans oublier les fabricants et surtout les consommateurs d'e-cigarette.

Enfin, la cigarette électronique est un marché aux intérêts économiques très importants, dont il faudra évidemment surveiller les dérives potentielles.

6. CONCLUSION

La lutte contre le tabagisme demeure aujourd'hui l'un des plus grands combats de santé publique. Alors que les moyens thérapeutiques disponibles pour aider les patients à sortir du tabac restent limités et peu efficaces, on observe depuis quelques années l'essor d'un nouveau dispositif plébiscité par les consommateurs : la cigarette électronique. Elle permet de simuler l'acte de fumer en produisant un aérosol et délivrer ou non de la nicotine. Si celle-ci est un objet de consommation courante avec un impact commercial certain, elle s'intègre progressivement comme un outil d'aide au sevrage tabagique.

Même si elle est encore peu connue des médecins généralistes, elle suscite leur intérêt et provoque le débat.

Elle est considérée comme moins dangereuse que le tabac fumé par la majorité des médecins généralistes.

Certains l'intègrent déjà dans leur arsenal thérapeutique, la considèrent comme un outil d'aide au sevrage et la proposent à leurs patients.

D'autres praticiens préfèrent être plus prudents et ne lui accordent une place que dans certaines conditions ou en dernière intention.

Une minorité refuse sa mise en application comme un moyen d'aider les patients à sortir du tabac du fait d'un manque d'évaluation.

En revanche, ils ne découragent pas l'initiative d'un patient de sevrer du tabac par le biais de l'e-cigarette, si celui-ci en a fait le choix, et soulignent la nécessité d'accompagner le patient dans sa démarche, au travers d'un suivi régulier ou en associant d'autres outils d'aide au sevrage.

Les médecins voient dans la cigarette électronique un outil novateur, attractif, qui permet au patient de conserver le plaisir, le rituel, le geste de fumer et d'améliorer son confort de vie. Elle est aussi à l'origine d'un investissement plus important du patient dans son sevrage.

En revanche, elle inquiète par une référence trop importante au tabagisme, un risque de devenir une porte d'entrée pour le tabac en particulier chez les jeunes ou de devenir une nouvelle addiction pour les consommateurs. L'inconnue liée au manque d'évaluation notamment sur les effets sanitaires à long terme préoccupe les médecins généralistes.

Les études scientifiques, qui évalueront la capacité de l'e-cigarette à apporter des solutions vis à vis du fléau de santé qu'est le tabagisme, sont les principales attentes des médecins généralistes. Le cadre réglementaire de l'e-cigarette doit, selon eux, évoluer et se clarifier. Si les moyens proposés divergent, les objectifs sont les mêmes : que le dispositif soit sécurisé, normalisé et surveillé afin que son évaluation soit possible et généralisable.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Hill C. Épidémiologie du tabagisme. 2012;62(3):327–9.
2. INPES. Premiers résultats tabac et e-cigarette. Résultats du Baromètre santé INPES 2014 [Internet]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>
3. Bisotto E. Pratiques, croyances, représentations et attentes des fumeurs de cigarette électronique : étude qualitative auprès de vapoteurs des alpes-maritimes. [Thèse de médecine]. [Nice]; 2014.
4. Cigarette électronique [Internet]. Wikipédia. 2015. Available from: https://fr.wikipedia.org/wiki/Cigarette_électronique
5. Office Français de Prévention du Tabagisme. (O.F.T.). Paris. FRA. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. [Internet]. Paris: OFT, Office français de prévention du tabagisme; 2013 p. 212p. Available from: http://www.ofta-asso.fr/docatel/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf
6. INRS : Propylène glycol, fiche toxicologie n°226 [Internet]. Available from: <http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/FicheToxicologique/TI-FT-226/ft226.pdf>
7. Suber RL, Deskin R, Nikiforov I, Fouillet X, Coggins CR. Subchronic nose-only inhalation study of propylene glycol in Sprague-Dawley rats. Food Chem Toxicol Int J Publ Br Ind Biol Res Assoc. 1989 Sep;27(9):573–83.
8. GLYCEROL - Fiches Internationales de Sécurité Chimique [Internet]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/ipcsnfrn/nfrn0624.html>
9. Waldum HL, Nilsen OG, Nilsen T, Rørvik H, Syversen V, Sanvik AK, et al. Long-term effects of inhaled nicotine. Life Sci. 1996;58(16):1339–46.
10. Cameron JM, Howell DN, White JR, Andrenyak DM, Layton ME, Roll JM. Variable and potentially fatal amounts of nicotine in e-cigarette nicotine solutions. Tob Control. 2014 Jan;23(1):77–8.
11. ANSM. Cigarette électronique - Point d'information [Internet]. 2011. Available from: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information>
12. Food and Drug Administration. Evaluation of e-cigarettes [Internet]. 2009. Available from: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ScienceResearch/UCM173250.pdf>

13. Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S, Talbot P. Metal and Silicate Particles Including Nanoparticles Are Present in Electronic Cigarette Cartomizer Fluid and Aerosol. PLoS ONE. 2013 Mar 20;8(3):e57987.
14. Jensen RP, Luo W, Pankow JF, Strongin RM, Peyton DH. Hidden Formaldehyde in E-Cigarette Aerosols. N Engl J Med. 2015 Jan 22;372(4):392–4.
15. More on Hidden Formaldehyde in E-Cigarette Aerosols. N Engl J Med. 2015 avril;372(16):1575–7.
16. Bertholon J-F, Becquemin MH, Roy M, Roy F, Ledur D, Annesi Maesano I, et al. Comparaison de l'aérosol de la cigarette électronique à celui des cigarettes ordinaires et de la chicha. Rev Mal Respir. 2013 Nov;30(9):752–7.
17. Ballbè M, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Fu M, Pérez-Ortuño R, Pascual JA, et al. Cigarettes vs. e-cigarettes: Passive exposure at home measured by means of airborne marker and biomarkers. Environ Res. 2014 Nov;135:76–80.
18. Czogala J, Goniewicz ML, Fidelus B, Zielinska-Danch W, Travers MJ, Sobczak A. Secondhand Exposure to Vapors From Electronic Cigarettes. Nicotine Tob Res. 2014 Jun 1;16(6):655–62.
19. Schripp T, Markewitz D, Uhde E, Salthammer T. Does e-cigarette consumption cause passive vaping? Indoor Air. 2013 février;23(1):25–31.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. 2008;(84):142–5.
21. Moreau A. S'approprier la méthode des focus groups. Rev Prat - Médecine Générale. 2004 Apr 15;18(645):382–4.
22. Frappé P. Initiation à la Recherche. La revue du praticien. 2011.
23. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing [Internet]. Available from: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf
24. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région PACA - Situation en 2013 [Internet]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf
25. HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has

26. Journal international de médecine. Exclusif: e-cigarette, des professionnels de santé très divisés [Internet]. 2015. Available from: http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/exclusif_e_cigarette_des_professionnels_de_sante_tres_divises_150442/document_actu_pro.phtml
27. Voarick A-S. Cigarette électronique et sevrage tabagique : perceptions et représentations par les médecins généralistes d'Ile-de-France : résultats d'une enquête qualitative. Paris VI; 2015.
28. HAS. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf
29. HAS. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
30. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med*. 2014 Dec;69:248–60.
31. Orellana-Barrios MA, Payne D, Mulkey Z, Nugent K. Electronic Cigarettes—A Narrative Review for Clinicians. *Am J Med* [Internet]. 2015 Feb [cited 2015 Apr 27]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934315001655>
32. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013 Nov;382(9905):1629–37.
33. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, et al. Efficiency and Safety of an eElectronic cigarette (ECLAT) as Tobacco Cigarettes Substitute: A Prospective 12-Month Randomized Control Design Study. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 Jun 24 [cited 2015 Apr 27];8(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691171/>
34. Caponnetto P, Polosa R, Auditore R, Minutolo G, Signorelli M, Maglia M, et al. Smoking Cessation and Reduction in Schizophrenia (SCARIS) with e-cigarette: study protocol for a randomized control trial. *Trials*. 2014 Mar 22;15(1):88.
35. Manzoli L, Vecchia CL, Flacco ME, Capasso L, Simonetti V, Boccia S, et al. Multicentric cohort study on the long-term efficacy and safety of electronic cigarettes: study design and methodology. *BMC Public Health*. 2013 Sep 24;13(1):883.

36. Cantrell FL. Adverse Effects of e-Cigarette Exposures. *J Community Health*. 2013 Dec 15;39(3):614–6.
37. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-Cigarette) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. *BMC Public Health*. 2011;11:786.
38. Farsalinos KE, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Savvopoulou M, Voudris V. Acute effects of using an electronic nicotine-delivery device (electronic cigarette) on myocardial function: comparison with the effects of regular cigarettes. *BMC Cardiovasc Disord*. 2014 Jun 23;14(1):78.
39. Flouris AD, Poulianiti KP, Chorti MS, Jamurtas AZ, Kouretas D, Owolabi EO, et al. Acute effects of electronic and tobacco cigarette smoking on complete blood count. *Food Chem Toxicol Int J Publ Br Ind Biol Res Assoc*. 2012 Oct;50(10):3600–3.
40. Willershausen I, Wolf T, Weyer V, Sader R, Ghanaati S, Willershausen B. Influence of E-smoking liquids on human periodontal ligament fibroblasts. *Head Face Med*. 2014;10:39.
41. Oh AY, Kacker A. Do electronic cigarettes impart a lower potential disease burden than conventional tobacco cigarettes? Review on E-cigarette vapor versus tobacco smoke. *The Laryngoscope*. 2014 Dec;124(12):2702–6.
42. Avdalovic MV, Murin S. Electronic cigarettes: no such thing as a free lunch...Or puff. *Chest*. 2012 Jun;141(6):1371–2.
43. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest*. 2012 Jun;141(6):1400–6.
44. Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Jamurtas AZ, Kostikas K, Tzatzarakis MN, et al. Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. *Inhal Toxicol*. 2013 Feb;25(2):91–101.
45. Vansickel AR, Weaver MF, Eissenberg T. Clinical laboratory assessment of the abuse liability of an electronic cigarette. *Addict Abingdon Engl*. 2012 Aug;107(8):1493–500.
46. Vansickel AR, Eissenberg T. Electronic cigarettes: effective nicotine delivery after acute administration. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 2013 Jan;15(1):267–70.
47. Etter J-F, Bullen C. Saliva cotinine levels in users of electronic cigarettes. *Eur Respir J*. 2011 Nov;38(5):1219–20.

48. Etter J-F, Eissenberg T. Dependence levels in users of electronic cigarettes, nicotine gums and tobacco cigarettes. *Drug Alcohol Depend.* 2015 Feb 1;147:68–75.
49. Molimard R. Comprendons-nous la dépendance au tabac ? Comme un bracelet électronique... *Médecine.* 2015 Mar;11(3):108–15.
50. Grana RA. Electronic Cigarettes: A New Nicotine Gateway? *J Adolesc Health.* 2013 Feb 1;52(2):135–6.
51. Etter J-F. La cigarette électronique : une alternative au tabac ? 2012.
52. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu JF, Peiffer G, Perriot J, et al. Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique? Avis d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). *Rev Mal Respir.* 2014;31:641–5.
53. Yamin CK, Bitton A, Bates DW. E-cigarettes: a rapidly growing Internet phenomenon. *Ann Intern Med.* 2010 Nov 2;153(9):607–9.
54. CNCT. Que peut-on dire sur la cigarette électronique ? [Internet]. Available from: <http://www.cnct.fr/tous-les-dossiers-73/que-peut-on-dire-sur-la-cigarette-electronique-1-106.html>
55. Académie nationale de médecine. La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ? [Internet]. 2015. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/03/Rapport-cigarette-électronique-Définitif.pdf>
56. AFSSAPS. L'Afssaps recommande de ne pas consommer de cigarette électronique - Communiqué [Internet]. 2011. Available from: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/L-Afssaps-recommande-de-ne-pas-consommer-de-cigarette-electronique-Communiqué>
57. Morel A. Quand la réduction des risques s'applique aux drogues licites. *SWAPS.* 2014 Mar;(74):9–11.
58. Ventes de tabac et de cigarettes - Evolutions depuis 1990 [Internet]. Available from: <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>

8. LISTE DES ACRONYMES

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CAGE : Collège azuréen des généralistes enseignants

CNCT : Comité national contre le tabagisme

EBM : Evidence based medicine

e-CDS : Electronic cigarette dependence scale

ECLAT : Efficiency and safety of an electronic cigarette

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

JIM : Journal international de médecine

mAh : Milliampère-heure

OFT : Office français de prévention du tabagisme

PhEur : Pharmacopée européenne

USB : Universal serial bus

V : Volts

9. ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Grille d'entretien par Focus Group

Plan des questions

Partie 1 : Pratiques (30 min)

Dans votre expérience, un patient au cours d'une consultation est venu vous demander votre avis sur l'e-cig pour se sevrer du tabac... Qu'avez vous répondu ?

- a. qu'il soit fumeur, vapoteur, vapo-fumeur ou non (en règle générale)
- b. s'il vapote et qu'il a entamé un processus de sevrage ou une réduction de sa consommation
- c. s'il ne vapote pas encore mais qu'il souhaite se sevrer et a échoué avec les autres formes de substituts nicotiniques
- d. si c'est un adulte ; un mineur ; un parent pour son enfant.
- e. selon le terrain (facteur de risques cardio-vasculaires, pathologie respiratoire, terrain sain).
- f. selon le profil de dépendance

Où placez-vous la cigarette électronique dans votre pratique ? (Dans le contexte du sevrage)

Partie 2 : Opinions, représentations et attentes (30 min)

Quelle est votre opinion à propos de la e-cigarette comme outil de sevrage au tabac ?

SQ1 : En quoi est-ce un bon outil ? En quoi est-elle utile ?

SQ2 : En quoi est-ce un mauvais outil ? En quoi est-elle nuisible ?

Quels sont les avantages et inconvénients du vapotage dans une démarche de sevrage ?

SQ1 : Quelles craintes avez vous avec la e-cig ?

SQ2 : Quelles sont vos attentes concernant la e-cig ?

Partie 3 : Objectifs secondaires (20 min)

Que percevez-vous de l'expérience de vos patients au sujet de la cigarette électronique ?

Comment construisez vous votre opinion sur la cigarette électronique ?

SQ1 : Comment se positionnent les sociétés savantes selon vous ?

SQ2 : Que pensez-vous de la position des sociétés savantes ?

SQ3 : Que pensez-vous du lobbying de l'industrie du tabac par rapport aux recommandations des sociétés savantes et de la législation ? En quoi cela influence-t-il votre raisonnement ?

SQ4 : Que pensez vous de l'expérience apportée par vos patients dans la construction de votre raisonnement / opinion sur la e-cig ?

Que pensez vous de l'engouement des consommateurs pour la e-cigarette ?

Quel cadre réglementaire serait selon vous le plus approprié concernant l'e-cig ?

Annexe 2 : Questionnaire anonyme relatif aux données démographiques des participants

Questionnaire anonyme relatif aux données démographiques des participants:

Merci de prendre quelques secondes pour répondre aux questions suivantes. Les réponses sont anonymes.

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin
- **Mode d'activité :** ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Les deux
- **Type de salariat (le cas échéant) :** ☐ Public ☐ Privé
- **Dans le cas d'une activité libérale :**
 - o **Ancienneté d'installation :** ☐ 0-10 ans ☐ 10-20 ans ☐ 20-30 ans ☐ > 30 ans
 - o **Secteur d'activité :** ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Semi-Rural
 - o **Type de cabinet :** ☐ Seul ☐ En groupe
- **Êtes-vous fumeur ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ancien fumeur
- **Avez-vous déjà vapoté ?** ☐ Oui ☐ Non

Merci de votre participation

10. RESUME

Introduction – La cigarette électronique (CE) est un dispositif nouveau permettant de produire un aérosol destiné à simuler l'acte de fumer. Principalement utilisée par les fumeurs ou ex-fumeurs, elle est un produit de consommation courante. Du fait de son utilisation à des fins de sevrage tabagique par les consommateurs, les médecins généralistes (MG) y sont confrontés. Quelle est la place de cet outil aujourd'hui en soins primaires dans le sevrage tabagique ?

Objectif – Ce travail a pour objectif de comprendre les pratiques, les représentations et les attentes des MG des Alpes-Maritimes vis à vis de la CE dans le sevrage tabagique.

Méthode – Enquête qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés (ou focus group) jusqu'à saturation des idées et analyse thématique du discours.

Résultats – 18 médecins, répartis en 4 focus group, ont été interrogés entre décembre 2014 et avril 2015. Ils considèrent la CE comme moins dangereuse mais restent prudents concernant sa potentielle toxicité à long terme, et le risque de développer une nouvelle addiction. Si tous les médecins encouragent les patients ayant choisi un sevrage par la CE et l'accompagnent dans ce but, seule une minorité se sent aujourd'hui capable de proposer la CE comme outil d'aide au sevrage en première intention. Pour la plupart des MG elle est plutôt un moyen alternatif qui peut être considéré au cas par cas. L'opposition totale à ce dispositif était marginale dans notre étude. Même s'ils considèrent la CE comme un produit commercial et son utilisation comme un effet de mode, les MG pensent qu'elle peut être efficace. Ils attendent une réglementation de sa vente et une normalisation de ses produits, ainsi que des preuves scientifiques pour faciliter leur action.

Conclusion – La CE s'intègre dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste comme moyen d'aide au sevrage tabagique mais son statut d'objet commercial et son manque d'évaluation scientifique expliquent la diversité des pratiques.

Mots-clés – Etude qualitative ; Focus group ; Cigarette électronique ; E-cigarette ; Vaporisateur personnel ; Sevrage tabagique ; Soins primaires ; Médecine générale ; Alpes-Maritimes ;

11. SERMENT D'HIPPOCRATE

“ Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”